Cahier des charges

des Tableaux de contrôle

de l'ENC MCO



Données 2012

Ce document décrit les objectifs et consignes particulières de chaque tableau de contrôle.

Table des matières

Précisions générales

L'analyse de ces tableaux de contrôle implique une connaissance approfondie du *Guide de l'Etude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune MCO*.

Ces tableaux sont élaborés grâce aux données issues des logiciels ARCAnH MCO et ARAMIS MCO. Ainsi, seules des modifications des données en entrée de ces logiciels permettent de corriger les éventuelles anomalies mises en évidence par ces tableaux.

Information pour les établissements effectuant la Correspondance des codes analytiques entre N-1 et N :
Si l'établissement paramètre plusieurs SA N pour une seule SA N-1 ou inversement, les TDC ne prendront pas en compte cette correspondance. En effet, les couts d'UO ne peuvent pas être comparables.
Seules les correspondances 1 SA N-1 = 1 SA N sont comparées dans les tableaux.

ⓘ Précision de calcul :

*Les **évolution**s apparaissant dans les tableaux sont calculées par la formule suivante :*
- en euros :
(Valeur Année N - Valeur Année N-1)

- en pourcentage :
[(Valeur Année N - Valeur Année N-1) / Valeur Année N-1] x 100

ⓘ Précision de langage :

La médiane, le 1er quartile et le 3ème quartile apparaissent dans certains tableaux de contrôle. Ils donnent des informations sur la distribution des valeurs.

Par exemple, la **médiane** des montants de matériel loué est le montant observé tel que la moitié des lignes de charges présente une valeur inférieure ou égale à cette valeur.

Exemple : soit 5 charges de matériel loué avec les montants suivants :
10€ 15€ 20€ 30€ 100€. La médiane est égale à 20€.

Le **1er quartile (Q1)** des montants de matériel loué est le montant tel que 25% des lignes de charges présentent un montant inférieur ou égal à cette valeur.

Dans l'exemple précédent, le 1er quartile se trouve entre 10€ et 15€.

Le **3ème quartile (Q3)** des montants de matériel loué est le montant tel que 75% des lignes de charges présentent un montant inférieur ou égal à cette valeur.

Dans l'exemple précédent, le 3ème quartile se trouve entre 30€ et 100€.

L'écart **interquartile (Q3-Q1**) comprend 50% des données.

<u>Définitions de certains libellés communs à différents tableaux de contrôle</u> :

Charges brutes : Montant des charges tel qu'inscrit dans le PCS. Ces montants répartis par section se trouvent soit dans la Phase III hors MIG, soit dans la Phase IV avant déduction des produits déductibles.

Charges nettes : Montant des charges brutes diminuées des produits déductibles. Ces montants se trouvent soit en Phase IV, soit dans la Phase VI avant déduction des charges directes

Charges nettes + LM : Montant des charges nettes augmentées des charges de LM imputées aux sections concernées. Ces montants se trouvent en additionnant les montants des charges nettes ET les montant de la LM affectés à chaque section Phase VII clés LM par SA

Charges résiduelles : Montant des charges nettes diminuées des charges directes suivies au séjour. Ces montants se trouvent en Phase VI

Charges résiduelles + LM : Montant des charges résiduelles augmentées des charges de LM imputées aux sections concernées. Ces montants se trouvent en additionnant les montants des charges résiduelles ET les montant de la LM affectés à chaque section Phase VII clés LM par SA.

GHM erreur :
Le programme de valorisation de l'ENC met les coûts à zéro pour les GHM erreur. Leur coût ne pèse pas sur les enveloppes LGG et STR et leur activité n'est pas comptabilisée (leur nombre de journée est mis à zéro). La correction peut donc être importante.
La liste des GHM erreur définit par le groupage (90Z) est la suivante (v11e) :

- 90Z00Z Erreurs détectées par les contrôles effectués sur les RUM et leur séquencement
- 90Z01Z Diagnostic invalide comme diagnostic principal, dans certaines circonstances
- 90Z02Z Autres erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de groupage
- 90Z03Z Erreurs d'implémentation de la fonction groupage ou erreur d'exécution d'un programme

Pour les OQN, la liste précédente est complétée. Dès lors qu'un RSF présente une incohérence importante, le groupage du séjour est forcé, par le programme de valorisation, à un GHM erreur, le 90RSFA.



Pour les établissements n'ayant pas de données N-1, les colonnes N-1 présentes dans certains tableaux de contrôle, n'apparaîtront pas. Ceci est valable pour les tableaux 1 à 9.

SIGLES UTILISES

Sigles généraux

ACP	anatomocytopathologie
CMD	Catégorie Majeur de Diagnostic
HC	Hospitalisation Complète
HdJ	Hospitalisation de Jour
HI	Hospitalisation Indifférenciée
HS	Hospitalisation de Semaine
IGS	Indice de Gravité Simplifié (doit apparaitre dans les RUM de Réa)
RSFA	Résumé Standardisé de Facturation Anonymisé
SC	Soins Continus
SI	Soins intensifs
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UM	Unité Médicale

Sigles spécifiques à l'ENC et à la comptabilité analytique

ARAMIS	Applicatif de Recueil et d'Anonymisation des données Médicales de l'Information au Séjour
ARCAnH	Applicatif pour la Réalisation de la Comptabilité Analytique Hospitalière
Ctj	Coût journalier
DMI FES	Dispositifs Médicaux Implantables Facturables En Sus
DMI NFES	Dispositifs Médicaux Non Implantables Facturables En Sus
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ETP	Equivalent Temps Plein
ICR	Indice de Coût Relatif
LGG	Logistique et Gestion Générale
LM	Logistique Médicale
NBS = 0	Nombre de séance = 0
PA	Personnel Autre
PCS	Plan Comptable Simplifié
PDS	Permanence Des Soins
PH	Praticien Hospitalier
PM	Personnel Médical
PS	Personnel Soignant
PSL	Produit Sanguin Labile
SAC	Section d'Analyse Clinique
SAMT	Section d'Analyse Médico-Technique
SAMX	Section d'Analyse Mixte
SP FES	Spécialités Pharmaceutiques Facturables En Sus
SP NFES	Spécialités Pharmaceutiques Non Facturables En Sus
STD	Ecart Type
STM	Sous Traitance Médicale
STR	Structure
TDC	Tableaux de Contrôle
UO	Unité d'Œuvre

Rubrique 1 : 1ère étape de validation

La rubrique 1 regroupe l'ensemble des tableaux permettant aux établissements de valider leur premier envoi et aux superviseurs d'établir le bilan intermédiaire.

Document 1 : Classeur ARCAnH

Objectif :
Ce chapitre permet au superviseur d'avoir accès au classeur ARCAnH sous format Excel.

Points focus :
Toutes les phases du classeur doivent être vérifiées et doivent correspondre aux principes énoncés dans le guide méthodologique ainsi que dans le manuel d'utilisation ARCAnH.

Ce classeur permet donc de contrôler et d'analyser la réalisation des étapes comptables de l'ENC.

Document 2 : Comparaison codes analytiques 2011 et 2012

Il s'agit du fichier de correspondance entre les SA 2011 et les SA 2012 entre l'ancien arbre analytique et le nouvel arbre analytique.

Objectif :
Le superviseur doit vérifier la correspondance qui a été réalisée entre l'ancien arbre (guide méthodologique ENC 2011) et le nouvel arbre analytique (guide méthodologique ENC 2012). Ce fichier permet de visualiser la correspondance que l'établissement a réalisée.

Document 3 : Détail de la correspondance

Ce document indique les évolutions de la numérotation des SA entre le nouvel arbre et l'ancien arbre analytique quand la correspondance n'est pas du 1 pour 1.

Objectif :
Ce document aidera le superviseur dans son analyse des évolutions de la numérotation. Il doit confirmer chaque cas rencontré ci-dessous.

Le rapport, à destination des superviseurs, contiendra :

Evolution de la numérotation entre N-1 et N Nombre de sections 2011 non utilisées en 2012 : xxxx Liste des sections : ➔ Numéro et libellé 2011 Nombre de sections 2012 n'ayant pas de correspondance en 2011: xxxx Liste des sections : ➔ Numéro et libellé 2012 Nombre de sections 2011 correspondant à plusieurs sections 2012 : xxxx Liste des sections : ➔Numéro et libellé 2011 Nombre de sections 2012 correspondant à plusieurs sections 2011 : xxxx Liste des sections : ➔ Numéro et libellé 2012

Tableaux 1 : points à valider ARCAnH

Tableau 1.0 : Version des logiciels utilisée

	Version établissement
Version ARCAnH	V 2012.0.1 => par exemple Visible dans l'entête en ouvrant le logiciel et dans les onglets (cellule I2) du classeur
Version ARAMIS	V 2012.0.1 => par exemple Visible dans l'entête en ouvrant le logiciel

Objectif :
Les versions établissement doivent être identiques aux versions attendues.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues d'ARCAnH et d'ARAMIS.

Points focus :
Pour connaître les versions attendues, il faut se référer au dernier mail en date du référent ATIH (ou du superviseur) ou aller sur le site internet de l'ATIH (Accueil Services en ligne Espace de téléchargement).
Si la version établissement est différente de la version attendue, il faut télécharger la dernière version en vigueur avant de commencer les contrôles et les analyses (lien indiqué ci-dessus).

Tableau 1.1 : SA figurant dans ARCAnH mais pas dans ARAMIS

Liste des SA concernées

Objectif :
Vérifier la cohérence du découpage en SAC, SAMX et SAMT entre les données issues d'ARCAnH et les données issues d'ARAMIS.

S'il n'y a pas d'anomalie, le tableau indique « Pas d'anomalie constatée ».

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues d'ARCAnH et d'ARAMIS.

Les SAMT (ICR ou B) d'ARCAnH doivent se retrouver dans les fichiers 3 et 4 d'ARAMIS.
Les SAMX doivent se retrouver dans les fichiers 5 et 6 d'ARAMIS.

Points Focus :
Le tableau vérifie que toutes les SAC, SAMX et SAMT déclarées dans ARCAnH sont présentes dans ARAMIS.
Dès lors qu'au moins une SA apparaît dans ce tableau, cela signifie qu'il y a des différences de SA entre ARCAnH et ARAMIS.

Pour les SAMT, seules les SA produisant des actes pour le MCO sont retenues.

De même, pour les SAMT, si une ou plusieurs SA apparaissent dans le tableau 1.1, cela signifie que une ou plusieurs SA déclarées dans ARCAnH n'ont pas été utilisées dans les fichiers d'ARAMIS. Cela peut être le cas pour des activités marginales. L'établissement doit corriger cette situation.

Si vous rencontrez un de ces problèmes :
1. Vérifier que le dossier zip (SA_ARCANH.MCO.finess.zip) est bien le dernier créé et le dernier importé dans ARAMIS
2. Vérifier que l'import ARAMIS s'est déroulé correctement et qu'il n'y a pas eu de pertes de données.

Si ces vérifications ne corrigent pas le problème, le découpage doit être revu soit dans ARCAnH soit dans ARAMIS.

S'il n'y a pas d'anomalies, la phrase « Pas d'anomalies constatées » apparait.

Tableau 1.2 : SA figurant dans ARAMIS mais pas dans ARCAnH

Liste des SA concernées

Objectif :
Vérifier la cohérence du découpage en SAC, SAMX et SAMT entre les données issues d'ARAMIS et les données issues d'ARCAnH.

S'il n'y a pas d'anomalie, le tableau indique « Pas d'anomalie constatée ».

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues d'ARCAnH et d'ARAMIS.

Points Focus :
Le tableau vérifie que toutes les SA déclarées dans ARAMIS sont présentes dans ARCANH.
Dès lors qu'au moins une SA apparaît dans ce tableau, cela signifie qu'il y a des différences de SA entre ARCAnH et ARAMIS.

Si ce tableau apparaît :
L'établissement doit importer à nouveau dans ARAMIS la dernière version du paramétrage produit par ARCAnH (fichier SA_ARCANH_MCO.ZIP)

Tableau 1.3 : SAC supprimées et SAC ajoutées par rapport à N-1

Tableau 1.3a : SAC ajoutées par rapport à N-1

SAC ajoutées	Libellé saisi

Tableau 1.3b : SAC supprimées par rapport à N-1

SAC supprimées	Libellé saisi

Objectif :
Valider les changements de découpage analytique par rapport à l'année précédente.

Source :

Toutes les informations de ce tableau sont issues du paramétrage des SAC d'ARCAnH N et N-1.

Points Focus :
L'établissement doit justifier tout changement. La justification devra apparaître dans le rapport de supervision.
C'est aussi le moyen pour le superviseur de vérifier que les recommandations concernant le découpage faites l'année précédente ont bien été mises en application.

S'il n'y a pas d'écart, la phrase « Pas d'écart constaté entre N et N-1 » apparait.
Si l'établissement est nouveau, la phrase « Non concerné pour cette première année d'étude » apparait.

Tableau 1.4 : SAMX supprimées et SAMX ajoutées par rapport à N-1

Tableau 1.4a: SAMX ajoutées par rapport à N-1

SAMX ajoutées	Libellé saisi

Tableau 1.4b: SAMX supprimées par rapport à N-1

SAMX supprimées	Libellé saisi

Objectif :
Valider les changements de découpage analytique par rapport à l'année précédente.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du paramétrage des SAMX d'ARCAnH N et N-1.

Points Focus :
L'établissement doit justifier tout changement. La justification devra apparaître dans le rapport de supervision.
C'est aussi le moyen pour le superviseur de vérifier que les recommandations concernant le découpage faites l'année précédente ont bien été mises en application.

S'il n'y a pas d'écart, la phrase « Pas d'écart constaté entre N et N-1 » apparait.
Si l'établissement est nouveau, la phrase « Non concerné pour cette première année d'étude » apparait.

Tableau 1.5 : SAMT supprimées et SAMT ajoutées par rapport à N-1

Tableau 1.5a : SAMT ajoutées par rapport à N-1

SAMT ajoutées	Libellé saisi

Tableau 1.5b : SAMT supprimées par rapport à N-1

SAMT supprimées	Libellé saisi

Objectif :
Valider les changements de découpage analytique par rapport à l'année précédente.
Il ne concerne que les établissements ayant participé à l'ENC l'année précédente.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du paramétrage des SAMT d'ARCAnH N et N-1.

Points Focus :
L'établissement doit justifier tout changement. La justification devra apparaître dans le rapport de supervision.
C'est aussi le moyen pour le superviseur de vérifier que les recommandations concernant le découpage faites l'année précédente ont bien été mises en application.

S'il n'y a pas d'écart, la phrase « Pas d'écart constaté entre N et N-1 » apparait.
Si l'établissement est nouveau, la phrase « Non concerné pour cette première année d'étude » apparait.

A noter que les SAMT ne produisant pas d'actes pour le MCO seront également prises en compte.

Tableau 1.6 : Cohérence du type d'hospitalisation

Tableau 1.6.1 : Cohérence du type d'hospitalisation des SA d'hébergement

Numéro de SA	Libellé des SA	Type d'hospitalisation	% passages de 0 jour	% passages de 1 jour	% passages de 2 à 4 jours	% passages de 5 jours	% passages de 6 jours et +	% de séances	Nombre de passages dans la SA

Objectif :
Vérifier la cohérence du type d'hospitalisation des SAC/SAMX avec la durée des passages réellement observée dans ces SA.

Source :
Fichier UM-SA (ou fichier 2 du parcours du patient) et fichier PMSI pour déterminer les durées de passages sur chaque UM (ou SAC dans le cas du fichier 2)

Points Focus :

On s'attend à :
- Un pourcentage important de passages à 0 jour pour les SA Hospitalisation de Jour (HdJ)
- Un pourcentage important de passages de 1 à 5 jours pour les SA Hospitalisation de Semaine (HS)
- Un pourcentage non important de passages à 0 jours pour les SA Hospitalisation Complète (HC)
- Un pourcentage important de passages en séances pour les SA de séances.

Il s'agira de voir si le type d'hospitalisation est correct pour chacune des SA. Si tel n'est pas le cas, l'établissement et le superviseur devront discuter de la pertinence du type d'hospitalisation. Il pourra être modifié si nécessaire.
De la même façon, il faudra porter une attention particulière à la répartition des séjours des SA d'Hospitalisation Indifférenciée (HI) pour envisager si besoin un changement du type d'hospitalisation.

A noter que le type d'hospitalisation n'est pas renseigné pour les SA mixtes.

La durée des passages est calculée sur les données PMSI ou par le biais du fichier DSP lorsque l'établissement a utilisé le fichier du parcours du patient (fichier 2 ARAMIS).

Tableau 1.6.2 : Description de l'activité

Type d'hospitalisation des séjours dans le PMSI	Type de séjour = Mono-SA	Type de séjour = Multi-SA	Type de séjour Séances	Total
HC / HS	100	0		100 %
Ambulatoire	83.8	16.2		100 %
Séance	100	0		100 %
TOTAL	91.6	8.4		100 %

Objectif :
Avoir un état de synthèse des types de séjour pour l'étbt.
Ce tableau est surtout informatif.
Dans le PMSI, tout séjour est typé selon 6 catégories :

- HC/HS Mono-SA : Séjours hors séance (hors CM 28) avec une durée totale du séjour > 0 et un seule passage dans une SA
- HC/HS Multi-SA : Séjours hors séance (hors CM 28) avec une durée totale du séjour > 0 et plusieurs passages dans une SA
- Ambulatoire Mono-SA : Séjours hors séance (hors CM 28) avec une durée totale du séjour = 0 et un seule passage dans une SA
- Ambulatoire Multi-SA : Séjours hors séance (hors CM 28) avec une durée totale du séjour = 0 et plusieurs passages dans une SA
- Séance Mono-SA : Séjour groupé en CM 28 avec un seul passage dans une SA
- Séance Multi-SA : Séjour groupé en CM 28 avec plusieurs passages dans une SA ➔ ce cas ne doit pas exister.

Source :
Fichier UM-SA (ou fichier 2 du parcours du patient) et fichier PMSI pour déterminer le nombre de passages sur chaque UM (ou SAC dans le cas du fichier 2)

Tableau 1.7 : Indicateurs de la feuille « Contrôles » d'ARCAnH

Etapes	Libellé	Statut
Phase II PCS : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase II PCS : C2	Aucun montant n'est mis dans les comptes 60	OK
Phase II PCS : C3	Aucun montant n'est mis dans les comptes 61	OK
Phase II PCS : C4	Aucun montant n'est mis dans les comptes 63	OK
Phase II PCS : C5	Aucun montant n'est mis dans les comptes 64	OK
Phase II Retraitement PCS : C1	Il y a des montants dans les comptes 612 du PCS mais le tableau du crédit bail n'est pas rempli	OK
Phase II Retraitement PCS : C2	Le tableau du crédit bail montre des anomalies	OK
Phase III MIG : C1	Il y a des soldes négatifs dans cette phase	OK
Phase III hors MIG : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK

Phase III hors MIG : C2	Il reste ou il y a trop de montants à affecter dans cette Phase	OK
Phase IV : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase IV : C2	Il reste des montants à affecter dans cette phase.	OK
Phase IV : C3	Il y a des soldes négatifs dans cette phase	OK
Phase V : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase V : C2	Il y a des soldes négatifs dans cette phase	OK
Phase VI : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase VI : C2	Il y a des soldes négatifs dans cette phase	OK
Phase VII clé LOG : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase VII clé LOG : C2	Certaines activités ont des couts mais il n'y a pas de clés de ventilation sur ces activités pour affecter de la LM et/ou de la LGG	OK
Phase VII clé LM : C1	L'onglet n'est pas rempli	OK
Phase VII clé LM : C2	La somme des clés de ventilation ne correspond pas à la clé de ventilation indiquée en Phase VII Clés log par champ	OK
Coût actif net : C1	L'onglet n'est pas rempli	Phase à compléter

Objectif :
Tous les indicateurs doivent être OK.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues de l'onglet « Contrôles » d'ARCAnH.

Points Focus :
Si vous rencontrez des « A corriger » ou « Phase à compléter », l'utilisateur doit corriger ARCAnH.

Tableaux 1.8 : Evolution des comptes de charges du PCS entre N-1 et N

N° de compte du PCS	Libellé du compte	Titre	Montant des charges brutes N (A)	Montant des charges brutes N-1 (B)	Evolution en montant (A) – (B)	Evolution (%) (A)-(B)/(B)
Total						

Objectif :
Vérifier les évolutions en montant des comptes de charges du PCS.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues de la phase II Saisie PCS d'ARCAnH N et N-1.

Points Focus :

Dans ce tableau, on vérifiera que le total des charges est égal au total des charges déclarées dans la balance générale, que les montants de chaque compte correspondent aux montants de la balance générale.
L'établissement doit ensuite justifier toute évolution importante. C'est la raison pour laquelle les lignes avec un écart >30% ou <-30% sont mises en rouges si le montant N du compte représente plus de 2% des charges totales. Il ne s'agit donc pas forcément d'erreur mais simplement de points d'évolution.
Si l'établissement est nouveau, les données de N-1 n'apparaissent pas.

Rappel ex-DG : seuls les comptes du budget principal sont demandés.

Tableaux 1.9 : Evolution des comptes de produits du PCS entre N-1 et N

N° de compte du PCS	Libellé du compte	Titre	Montant des produits brutes 2012 (A)	Montant des produits brutes 2011 (B)	Evolution en montant (A)-(B)	Evolution en % ((A)-(B))/(B)
Total						

<u>Objectif</u> :
Vérifier les évolutions en montant des comptes de produits du PCS.

<u>Source :</u>
Toutes les informations de ce tableau sont issues de la phase II Saisie PCS d'ARCAnH N et N-1.

<u>Points Focus</u> :
Dans ce tableau, on vérifiera que <u>seuls</u> les produits hors tarification hospitalière sont enregistrés.
Le total des produits ne doit donc pas être égal au total de la balance générale.
L'établissement doit également justifier toute évolution importante (écarts >30% ou <-30% mis en rouge si le montant N du compte représente plus de 2% des produits au total).
Si l'établissement est nouveau, les données de N-1 n'apparaissent pas.

Tableau 1.10 : Vérification phase VI d'ARCAnH par type de dépenses de la comptabilité d'exploitation

Type de charge	Montants transmis ARAMIS (A)	Montant charges directes déduites en phase VI d'ARCAnH (B)	Ecart en euros (A) - (B)	Ecart en % (A) - (B) / (B)
Spécialités pharmaceutiques facturable en sus				
…				
TOTAL				

Objectif :
Les montants déclarés dans ARAMIS et dans ARCAnH Phase VI doivent être approchants.

Source :
2ème colonne : informations issues du fichier 7 (charges médicales de la comptabilité d'exploitation) d'ARAMIS
3ème colonne : Phase VI d'ARCAnH.
4ème colonne : Montant ARAMIS – Montant ARCAnH (y compris pour le total)
5ème colonne : (Montant ARAMIS – Montant ARCAnH) / Montant ARCAnH (y compris pour le total)

Correspondance entre les informations ARCANH et les informations ARAMIS :

Code dans ARCAnH Phase VI	Type de dépense fichier 7 ARAMIS	Libellé
SP_FES	1	Spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation
SP	2	Spécialités pharmaceutiques non facturables en sus des prestations d'hospitalisation
SP_ATU	3	Médicaments sous ATU
PSL	4	Produits sanguins labiles
DMI_FES	5	DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation
DMI	6	DMI non facturables en sus des prestations d'hospitalisation
AUTRES_CM	7	Autres consommables médicaux
STM_I	8	Sous-traitance à caractère médical – Imagerie médicale
STM_B	9	Sous-traitance à caractère médical – Laboratoires
STM_BHN	10	Sous-traitance à caractère médical – Laboratoires Hors nomenclature
STM_H	11	Sous-traitance à caractère médical – Hospitalisation à l'extérieur
STM_A	12	Sous-traitance à caractère médical – Autre
ST_SMUR	13	Sous-traitance – SMUR

Points Focus :
Dans ARCAnH, l'établissement déclare le montant qu'il suit au séjour durant l'année comptable.
Dans ARAMIS, l'établissement suit les dépenses séjour par séjour durant la période de recueil PMSI.
L'objectif ici est donc de vérifier la cohérence entre ce que l'établissement a transmis dans ARAMIS et ce qu'il a déclaré dans ARCAnH.
Toutefois, l'écart entre les deux montants (Ecart en %) peut s'expliquer par le décalage entre les calendriers PMSI et administratif (cf. Phase VI du Guide de l'ENC MCO page 51).
Ces montants doivent être minimes.
Si l'écart est important, cela signifie peut-être que la phase VI n'a pas été correctement réalisée. La Phase VI ou les fichiers ARAMIS doivent être corrigés.

Tout écart important doit être justifié par l'établissement. La justification devra apparaître dans le rapport de supervision.

Les lignes avec un écart >30% ou <-30% ou une évolution en % à manquant sont indiquées en rouges.

Tableau 1.11 : Vérification phase II d'ARCAnH par type de dépenses hors comptabilité d'exploitation

Type de charge	Montants transmis ARAMIS (A)	Montant charges directes déduites en Phase II retraitement PCS ARCAnH (B)	Ecart en euros (A) - (B)	Ecart en % (A) - (B) / (B)
Honoraires				
…				
TOTAL				

Objectif :
Les montants déclarés dans ARAMIS et dans l'onglet *Phase II Retraitement PCS* d'ARCAnH doivent être identiques ou presque.

Source :
Pour les ex-DGF :
2ème colonne : informations issues du fichier 9 d'ARAMIS
3ème colonne : informations issues de la phase II retraitement PCS d'ARCAnH

Pour les ex-OQN :
2ème colonne : informations issues des RSF-C contenus dans les archives .in et .out du PMSI et du fichier 8 d'ARAMIS
3ème colonne : informations issues de la phase II retraitement PCS d'ARCAnH

Commun :
4ème colonne : Montant ARAMIS – Montant ARCAnH (y compris pour le total)
5ème colonne : (Montant ARAMIS – Montant ARCAnH) / Montant ARCAnH (y compris pour le total)

Correspondance entre les informations ARCANH et les informations ARAMIS :

Statut concerné	Libellé dans le classeur ARCANH :Phase II retraitement PCS	Nom du fichier ARAMIS ou PMSI	Type de dépense
ex-DGF	Activité libérale des praticiens hospitaliers (PH)	fichier 9	31
ex-DGF	Activité libérale de la rémunération des praticiens à l'acte	fichier 9	32 à 40
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en imagerie médicale	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en laboratoires d'anatomie pathologie	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en autres laboratoires	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en anesthésie	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en obstétrique	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C

ex-OQN	Activité libérale des praticiens en chirurgie	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale des praticiens en autres actes médicaux	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Activité libérale de personnels soignants	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Autre activité libérale	fichier RSF-C	voir code prestation du RSF-C
ex-OQN	Spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation	fichier 8	21
ex-OQN	DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation	fichier 8	22
ex-OQN	Consommables médicaux	fichier 8	23

Si dans le fichier RSF, un nouveau code prestation est créé et qu'il n'y a pas de correspondance avec ARCANH, alors « Code non classé » est indiqué sur une des lignes. Si ce cas se présente, il faut prévenir l'ATIH.

Point Focus :
On s'attend à ce que les écarts soient proches de zéro. Si l'écart est important, cela signifie peut-être que la phase II n'a pas été correctement réalisée. La Phase II ou les fichiers ARAMIS doivent être corrigés.
Tout écart important doit être justifié par l'établissement (ou corrigé). La justification devra apparaître dans le rapport de supervision.

Les lignes avec un écart >30% ou <-30% ou une évolution en % à manquant sont indiquées en rouges.

Tableau 1.12 : Répartition des charges à caractère médical sur les sections analytiques (charte qualité)

Poste	Montant des charges brutes totales (€)	% SAC	% SAMT	% SAMX	% Pharmacie	% Autre LM	% LGG et structure	% Autre SA

Objectif :
Présenter la répartition des charges à caractère médical sur les SA.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH.

Vous trouverez ci-dessous le détail des comptes de chaque poste :

Poste	Compte
médicaments facturables en sus	602 12
médicaments non facturables en sus	602 11
médicament ATU	602 13
Produits sanguins labiles	602 15
DMI facturables en sus	602 261
DMI non facturables en sus	602 268
Sous-traitance Imagerie médicale	611 12
Sous traitance laboratoires	611 13 611 13 HN
Autres consommables médicaux	601 1 602 16 602 17 + 602 18 602 24 602 25 602 21 + 602 22 + 602 23 + 602 27 + 602 28 602 661 602 664 606 261 606 6 607 1

Points focus :
Sur la section Pharmacie ne doit figurer uniquement les produits périmés. Les autres charges de médicaments doivent être ventilées sur les sections analytiques. La majorité des charges à caractère médical doit être imputée sur les sections consommatrices. Par différence, on attend donc un très faible taux sur la SA de Pharmacie (Taux de la charte qualité = inférieur à 10%).
Pour ce tableau, on utilise uniquement les montants de l'onglet *Phase III hors MIG* d'ARCAnH.
A noter que les médicaments de la rétrocession doivent figurer en section « Rétrocessions » dans les activités subsidiaires lors de la phase III hors MIG.

Tableau 1.13 : Cohérence de la saisie des honoraires dans ARCAnH pour les ex-OQN

Montant Compte redevance (compte 7085) (A)	Montant déclaré en phase II retraitement PCS (B)	Alerte

Objectif :
Si l'établissement a paramétré un statut ex-DGF, il est indiqué « Non concerné »
S'assurer de la présence d'honoraires en *phase II retraitement PCS* lorsque l'établissement a identifié un montant de redevance non nul et inversement, vérifier que les redevances ont bien été déclarées.

Source :
1ère colonne : informations issues de la phase V d'ARCANH
2ème colonne : informations issues de la phase II retraitement PCS d'ARCAnH.

La colonne Alerte prendra les valeurs suivantes :
- « OK », si les montants (A) et (B) sont remplis ou si l'établissement n'est concerné ni par l'un ni par l'autre
- « Montants honoraires non déclarés », si seul le montant (A) est rempli
- « Redevances non déclarées », si seul le montant (B) est rempli

Point Focus :
Il s'agit de contrôler qu'il y a bien de la redevance lorsqu'il y a des honoraires et vice versa.
C'est aussi un moyen de vérifier que la redevance est enregistrée dans le bon compte comptable (7085 « Redevances des praticiens versées aux ex-OQN »)

Si la colonne « Alerte » n'est pas à « OK », l'établissement devra corriger ou justifier les données.

Tableau 1.14 : Nombre d'ETP au global

Global	ETP Soignants	ETP Autres	ETP Médicaux
Nombre d'ETP de l'établissement	577.48	171.02	86.47

Objectif :
Vérifier le nombre d'ETP de l'établissement par type de personnel.

Source :
Pour les ETP des SAC, SAMT et SAMX, les informations proviennent du paramétrage effectué dans le logiciel ARCANH. Ces données sont ensuite reportées dans l'onglet « Données Administratives » du classeur ARCANH
Pour les ETP de LM, LGG et Autres, les informations proviennent directement de l'onglet « Données Administratives » du classeur ARCANH

Point Focus :
Vérifier la cohérence des données ETP avec d'autres sources (bilan social…).

Les informations de ce tableau ne peuvent pas être comparées avec N-1 puisque certaines données n'étaient pas demandées.

Tableau 1.15 : Vérification globale de la répartition des charges de personnel salarié sur les SAC, SAMT et SAMX

Type de SA	Global	Ratio charges./ETP minimum	Ratio charges./ETP moyen	Ratio charges./ETP maximum
SAC	Personnel soignant	5 000	40 000	50 000
	Personnel autres	10 000	40 000	50 000
	Personnel médical	5 000	40 000	50 000
SAMT	Personnel soignant	5 000	40 000	50 000
	Personnel autres	10 000	40 000	50 000
	Personnel médical	5 000	40 000	50 000
SAMX	Personnel soignant	5 000	40 000	50 000
	Personnel autres	10 000	40 000	50 000
	Personnel médical	5 000	40 000	50 000

Objectif :
Repérer les montants par ETP atypiques de façon synthétique.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues des données administratives, pour avoir le nombre d'ETP, et de la phase III hors MIG pour les montants de personnel d'ARCAnH.

Point Focus :
Ce tableau permet aux établissements ayant des charges de personnel conséquentes d'avoir un tableau de synthèse des atypies sur les montants par ETP par type de personnel. L'intérêt est de voir de façon très rapide les éventuelles incohérences.
Pour avoir le détail par SA, il faut ensuite aller dans les TDC 5, pour savoir de quelle SA il s'agit puis d'aller corriger dans ARCAnH.

Les ratios à 0 ne sont pas pris en compte dans ce tableau afin de voir les dispersions sur chaque type de personnel

Tableau 1.16 : Analyse des coûts par champ d'activité

	Montant N (A)	Distribution (en %)	Montant N-1 (B)	Evolution (en %) [(A)-(B)]/(B)
Activité MCO	100	67%	75	33%
Consultations et soins externes MCO				
Secteur SSR	50	33%	50	0%
Secteur PSY				
Secteur HAD				
Activités médico-techniques hors MCO				
Autres secteurs*				
TOTAL établissement (charges – produits) y compris honoraires	∑ (C)	100%	∑	20%
TOTAL PCS (charges – produit)	(D)			
Eléments hors comptabilité d'exploitation	(E)			
Ecart	[(D) + (E)] – (C)			

*MIG, Activités subsidiaires, CNI et PND

Objectif :

1/ Contrôler l'affectation des coûts dans ARCAnH : la cellule « Ecart » doit être nulle

La ligne TOTAL Etablissement, si tout est correctement renseigné dans ARCAnH, doit correspondre à la ligne (TOTAL PCS + Eléments hors comptabilité d'exploitation).
Il se peut qu'il y ait un écart minime en fonction de différence d'arrondi entre les différentes phases.
Si les 2 lignes présentent un écart important (dernière ligne), cela peut provenir :
- d'unités d'œuvre dans les Phases VII mal ou non renseignées => faire corriger impérativement l'établissement.
- de problème dans le classeur ARCAnH => dans ce cas, prévenir l'ATIH

2/ Vérifier si les informations du tableau sont cohérentes avec la description de l'établissement
Exemple : il apprait des couts sur la ligne secteur SSR alors que l'établissement n'a pas fait mention de cette activité.

Source :
Les informations de ce tableau proviennent uniquement d'ARCAnH. On ne tient pas compte des différences entre les UO déclarées dans ARCAnH et ARAMIS, ni des différences entre les charges directes dans ARCAnH et ARAMIS.

Le montant de l'activité MCO n'est donc pas le montant retrouvé dans la base de coûts en sommant l'ensemble des coûts des séjours.

Points focus :

La ligne TOTAL Etablissement correspond à la somme des lignes précédentes.

Calcul du montant Activité MCO :
Montant des charges résiduelles des SAC
+ Montant des charges résiduelles + LM des SAMT / nb d'UO totales * nb d'UO MCO
+ Montant des charges résiduelles + LM des SAMX
+ Montant des charges suivies au séjour déclarées dans ARCAnH
+ Montant des charges de LGG affectées au MCO * (1 - taux d'abattement (sur les sections de LGG de services administratifs à caractère général, services administratifs liés au personnel, services hôteliers, entretien maintenance, DSIO et de structure financier et immobilier sinon sur les autres sections il n'y a pas d'abattement))

Calcul du montant des Consultations et soins externes MCO :
Montant des charges résiduelles + LM des SAMT / nb d'UO totales * nb d'UO consult MCO
+ Montant consultations et soins externes MCO
+ Montant des charges de LGG affectées aux consultations et soins externes MCO

Calcul du montant du secteur SSR :
Montant de la SA clinique SSR
+ Montant de la SA consultations et soins externes SSR
+ Montant des charges de LGG affectées au secteur SSR

Calcul du montant du secteur HAD :
Montant de la SA clinique HAD
+ Montant des charges de LGG affectées au secteur HAD

Calcul du montant du secteur PSY :
Montant de la SA clinique PSY
+ Montant de la SA consultations et soins externes PSY
+ Montant des charges de LGG affectées au secteur PSY

Calcul du montant des Activités médico-techniques hors MCO
Montant de la SA Activités médico-techniques hors MCO
+ Montant des charges de LGG affectées aux activités médico-techniques hors MCO
+ Montant des charges de LGG affectées au MCO * taux d'abattement (sur les sections de LGG de services administratifs à caractère général, services administratifs liés au personnel, services hôteliers, entretien maintenance, DSIO et de structure financier et immobilier sinon sur les autres sections il n'y a pas d'abattement)

Calcul du montant « Autres secteurs » :
Montant des charges nettes des SA MIG
+ Montant des charges de LGG affectées aux SA MIG
+ Montant des charges nettes des SA Activités subsidiaires
+ Montant des charges nettes de la SA CNI
+ Montant des produits nets de la SA PND
En fonction du montant des produits non déductibles, ce chiffre peut être négatif.

Si l'établissement est nouveau, seules les 3 premières colonnes sont affichées.

Tableaux 2 : Points à valider ARAMIS

Tableau 2.1 : Taux de suivi au séjour des charges issues de la comptabilité d'exploitation (charte qualité)

Type de dépenses	Montant affecté au séjour (ARAMIS) (A)	Montant des charges nettes ARCAnH Phase IV (B)	Taux de suivi Année N (A)/(B) x 100	Taux de suivi Année N-1 (A)/(B) x 100

Objectif :
Vérifier que les taux de suivis des charges issues de la comptabilité d'exploitation soient ceux attendus.
Ce tableau ne doit pas être regardé sir le tableau 1.10 n'est pas correct.

Source :
2ème colonne : informations issues du fichier 7 (charges médicales d'ARAMIS)
3ème colonne : informations issues du de la **phase IV** d'ARCAnH pour N
4ème colonne : Montant ARAMIS / Montant ARCAnH
Dernière colonne : TDC 2.1 N-1.

Point Focus :

$$\text{Taux de suivi} = \frac{\text{Montant des Charges directes suivies au séjour}}{\text{Total charges nettes (ARCAnH phase IV) affectables}} x100$$

Les taux de suivi à respecter sont ceux de la charte qualité. Pour l'ENC MCO 2012, les taux par type dépenses sont les suivants :
:

Type de dépense	Objectif de la charte qualité
Spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation	**98 %**
Spécialités pharmaceutiques non facturables en sus des prestations d'hospitalisation	**10 %**
Médicaments sous ATU	**Pas de taux**
Produits sanguins labiles	**98 %**
DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation	**98 %**
DMI non facturables en sus des prestations d'hospitalisation	**40 %**
Autres consommables médicaux	**Pas de taux**
Sous-traitance à caractère médical – Imagerie médicale	**20 %**
Sous-traitance à caractère médical – Laboratoires	
Sous-traitance à caractère médical – Laboratoires Hors nomenclature	
Sous-traitance à caractère médical – Hospitalisation à l'extérieur	
Sous-traitance à caractère médical – Autre	
Sous-traitance – SMUR	

Le superviseur doit questionner l'établissement sur ce recueil. Les taux de suivi seront tous demandés dans la conclusion du rapport de supervision. Celui-ci doit justifier l'amélioration ou la détérioration de ces taux par rapport à l'année précédente.
L'établissement justifiera ces taux et apportera des propositions pour améliorer certains de ces taux pour la campagne suivante.

La cellule est surlignée en rouge quand le taux de suivi observé n'a pas atteint l'objectif selon les règles suivantes :

Valeur Colonne (A)	Valeur Colonne (B)	Impression
0	0	Pas en rouge
0	x	Rouge
x	0	Rouge
x	x	Si x<taux cible, mettre en rouge. Si x>taux cible, ne pas mettre en rouge

Pour les nouveaux établissements il est indiqué « Pas de données N-1 » sous le TDC et la colonne N-1 n'est pas affichée.

Tableau 2.2 : Charges directes affectées aux séjours groupés en GHM erreur

Montant de charges directes affectées sur les GHM erreur (A)	**Montant total de charges nettes ARCAnH Phase IV (B)**	**Montant total de charges hors comptabilité d'exploitation (C)**	**Taux de charges affectées en GHM erreur (A) /((B) + (C))**

Objectif :
Vérifier que le montant de charges directes sur les GHM erreurs, donc écartés de l'étude, est minime par rapport à la totalité de ces mêmes charges.

Source :
1ère colonne : informations issues des fichiers 7, 8 et 9 d'ARAMIS et RSF-C croisées avec les informations PMSI pour connaître les séjours en GHM erreur.
2ème colonne : informations issues de la phase IV d'ARCAnH
3ème colonne : informations issues de la phase II retraitement PCS d'ARCAnH : Le montant de la colonne (C) correspond aux comptes de tiers, honoraires et rémunération à l'acte pour les ex-DGF et honoraires pour les ex-OQN, se trouvant dans ARACnH feuille « phase II retraitement PCS ».

Point Focus :
Le montant de la colonne (B) du tableau 2.2 correspond à la somme des montants de la colonne (B) du tableau 2.1. Il s'agit des charges nettes à caractère médical avant déduction de celles suivies au séjour.
Le total des dépenses affectées sur les séjours groupés en GHM erreur est fonction du taux de séjours groupés en GHM erreur.
L'établissement doit s'interroger sur des montants importants en GHM erreur.

Tableau 2.3 : Taux d'exhaustivité (activité et montant) globaux par type de section (charte qualité)

Taux	Unité comptabilisée	Données administratives ARCAnH (A)	Base de coût (B)	Formule du taux établissement	Taux établissement (C)	Taux cible (D)	Ecart en valeur absolue (C-D)
Taux exhaustivité global des journées des SAC et des SAMX de réanimation	Journées			**(B) / (A)**		**100% +/- 1**	
Taux exhaustivité SAC	Journées traduites en euros			**((B)-(A)) /(A)**		**Inférieur 2%**	
Taux exhaustivité SAMT	ICR ou B traduits en euros			**((B)-(A)) /(A)**		**Inférieur 2%**	
Taux exhaustivité SAMX	SAMX en hors réa : ICR traduits en euros SAMX de réa : Journées et omégas traduits en euros			**((B)-(A)) /(A)**		**Inférieur 2%**	

**Voir définition p6*

Objectif :
Vérifier que les taux d'exhaustivité en journées et en montant atteignent les taux cibles demandés dans la charte qualité.

Source :
Total des tableaux :
- Taux exhaustivité global des journées des SAC et des SAMX : utilisation du nombre de journées valorisées ARAMIS (colonne L) et du nombre de journées valorisées ARCAnH (colonne A et B : nombre de journées administratives + 0.5 * nombre de RUM à 0 jour) des TDC 5.2 et 6.2
-Taux exhaustivité SAC : total du TDC 5.3
-Taux exhaustivité SAMT : total du TDC 7.3
-Taux exhaustivité SAMX : total du TDC 6.3

Point Focus :

- Le taux d'exhaustivité global (en journées), qui doit être compris entre 99% et 101%, est exprimé par le rapport suivant :

$$taux_d'exhaustivit\acute{e}_global = 100 \times \frac{Nombre_de_journ\acute{e}es_PMSI}{\left(Nombre_de_journ\acute{e}es_Administratives\right)}$$

Avec :
Journées administratives:
Nombre de journées administratives déclarées dans ARCAnH

Nombre de journées PMSI :
Nombre de journées séjours calculées à partir du fichier RSA.

Le détail du calcul se trouve dans le tableau de contrôle 5.2. Il faut s'y reporter en cas d'écart important.

➢ Les taux d'exhaustivité par type de section (en montant), qui doivent être inférieurs à 2%, sont exprimés par l'écart en pourcentage suivant :

$$taux_d'exhaustivit\acute{e} = 100 \times \frac{Montant_ventil\acute{e}_sur_les_s\acute{e}jours - Montant_ARCAnH}{(Montant_ARCAnH)}$$

Le taux d'exhaustivité est calculé sur les montants mais il est le reflet de l'exhaustivité du suivi au séjour des UO. En cas de non atteinte du taux, il faut se reporter aux tableaux de contrôles cités ci-dessus pour connaître précisément la ou les SA ayant un défaut d'exhaustivité :

Tableau 2.4 : SA dont le taux cible d'exhaustivité en montant n'est pas atteint

Type de SA	N° SA	Libellé saisi	UO	UO ARCANH (A)	UO ARAMIS (B)	Ecart (A) – (B)	Ecart (%) (A) – (B)/ (A) x 100

**Voir définition page 6*

<u>Objectif</u> :
Mettre en évidence les SA atypiques, c'est-à-dire qui n'atteignent pas le taux cible d'exhaustivité de 5%.

<u>Source :</u>
4ème colonne :
-pour les SAC : l'UO est la journée
-pour les SAMT : l'UO est l'ICR ou le B
-pour les SAMX hors réa : l'UO est l'ICR
-pour les SAMX de réa : il y a 2 UO différentes : la journée et l'oméga => dans ce tableau, pour une SAMX de réanimation, ilpeut y avoir 2 lignes si le défaut d'exhaustivité existe sur les 2 UO.
5ème colonne : pour chaque SA, informations issues de ARCANH « données administratives ». Pour les SAMT, cela prend uniquement les UO déclarées pour l'hospitalisation MCO
6ème colonnes :
-pour les journées : informations issues du PMSI
-pour les autres UO : informations issues des fichiers 3 à 6 d'ARAMIS

<u>Point Focus</u> :
Il s'agit ici de vérifier que les taux d'exhaustivité pour chacune des SA (que ce soit des SAC, SAMT ou SAMX) sont inférieurs à 5%.
Donc si des SA apparaissent dans le TDC 2.4, c'est que celles-ci ont un défaut d'exhaustivité trop important et que ce dernier doit être justifié auprès du superviseur. L'explication doit apparaitre dans le rapport de supervision ou bien les données doivent être corrigées par l'établissement.

Pour accéder à l'ensemble des sections il faut vous reporter aux tableaux :
5.2 et 5.3 pour les SAC,
6.2 et 6.3 pour les SAMX,
7.3 et 7.4 pour les SAMT.

Tableau 2.5 : Comparaison du nombre de RSA transmis dans ARAMIS au nombre de RSA de l'envoi ePMSI effectué sur la plateforme dans le cadre des envois mensuels

Période de traitement	Etat de validation ARS	Nb RSA base ENC (A)	Nb RSA base PMSI (B)	Ecart (A)-(B)	Ecart (%) (A)-(B) / (B)	Nb séances base ENC (C)	Nb séances base PMSI (D)	Ecart (C)-(D)	Ecart (%) (C)-(D)/ (D)	Option choisie

Objectif :
Comparer le nombre de journées de présence entre l'envoi PMSI importé dans ARAMIS et l'envoi PMSI officiel se trouvant sur la plateforme.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA envoyé via ARAMIS, du RSA envoyé via le PMSI (GENRSA ou AGRAF) et du paramétrage ARAMIS afin de connaître l'option choisie pour la correspondance UM-SA.

Point Focus :
Seul le M12 « validé par l'ARS » est accepté dans l'ENC donc la période de traitement (1ère colonne) doit être M12.
Ainsi, l'envoi ENC et l'envoi PMSI ne doivent pas présenter de différences en nombres de séjours et de séances.
En cas d'écart, le superviseur doit en justifier la raison dans le rapport de supervision.

Tableau 2.6 : Comparaison Omégas calculés et Omégas déclarés (charte qualité)- Option choisie : xxx

SA – Libellé de la SA	Nombre d'Omégas calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'Omégas observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100
93330 - réanimation	200 000	190 000	-10 000	-5
Global	200 000	190 000	-10 000	-5

Objectif :
Avoir un état de synthèse entre le nombre d'Omégas calculés par l'ATIH et par l'établissement.

Source :
1ère colonne : SAMX de réanimation paramétrée par l'établissement
2ème colonne : Actes de réanimation issus du fichier RSA converti en omégas selon la formule ci-dessous.
3ème colonne : informations issues du fichier 5 d'ARAMIS
4ème colonne : 3ème colonne – 2ème colonne
5ème colonne : (3ème colonne – 2ème colonne) / 2ème colonne

Point Focus :
La différence entre le nombre d'Omégas calculés par l'ATIH et par l'établissement doit être minime.
La charte qualité veut que l'exhaustivité entre le nombre d'Omégas déclarés aux séjours et nombre d'omégas calculés par l'ATIH soit supérieur à 90% par SA de réanimation.
Un taux en dessous nécessite donc soit une justification, soit une piste d'amélioration de la part du superviseur dans le rapport de supervision.
La formule de calcul est la suivante :

$Oméga = P1 + P2 = durée \times A1 + 13 \times \ln(durée10) + Somme\ (points\ par\ réalisation\ d'acte$

Document 4. Numéros des séjours concernés par les tableaux 2

Numéro séquentiel de séjour	Numéro de SA de réanimation (Apparaît que si vous avez utilisé l'option UM-SA)	Nombre d'Omégas calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'Omégas observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Objectif :
Vérifier que le nombre de journées fournit dans le fichier de parcours du patient dans les SA d'hébergement est le même que le nombre de journées dans le fichier RSA.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues des résultats du tableau 2.6.

Point Focus :
Le superviseur n'a pas accès à ce tableau.

Rubrique 2 : Données PMSI

Tableaux 3 : Groupage des RSA

Tableau 3.1 : RSF en erreur (uniquement pour les établissements ex-OQN)

Libellé	Nombre de séjours concernés	Nombre de lignes de RSFB	Montant BR

Objectif :
Certains RSF peuvent présenter des anomalies conduisant à la mise à l'écart du séjour associé pour la valorisation des séjours de l'ENC MCO, au même titre que les GHM erreur. Ces séjours seront codés en groupage « 90RSFA » qui apparaîtront dans le tableau ci-dessus.
Ce tableau permet de vérifier que ces anomalies sont peu importantes et que la nature de l'anomalie ne révèle pas un problème dans le système d'information.

Source :
Ce tableau est une reprise d'un tableau MAT2A (Tableau 00 C Contrôle/Cohérence, Séjours et Lignes de RSFB supprimés).

Point Focus :
Les séjours et RSF présentant les anomalies suivantes se verront affecter le GHM 90RSFA. Les anomalies retenues sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Libellé Anomalie MAT2A	Classement
Les séjours en prestation inter-établissement : il s'agit des séjours dont la variable type de séjour du RSA est égal à 'B'	**90RSFA**
Les séjours de chirurgie esthétique ou de dialyse péritonéale ou mort-nés : Il s'agit des séjours en GHM 09Z02Z, 23Z03Z, 24Z19Z (chirurgie esthétique) et 28Z05Z, 28Z06Z (dialyse péritonéale)	***Groupage initial***
Les séjours sans RSFB mais avec un total BR prestation hospitalière non nul : Il s'agit des séjours avec un montant prestation hospitalière non nul dans le RSFA mais sans RSFB associé	**90RSFA**
Les séjours avec prestation PJ : Séjour avec un code acte = PJ	***Groupage initial***
Annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une « régularisation négative » (=5). Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le séjour est éliminé	**90RSFA**
RSF-A à 0 avec des lignes de RSFB pour un séjour : Il s'agit de factures dont le RSF-A est à 0, mais qui comprend des lignes de RSF-B (constatation faite sur les fichiers de RSF, il n'y a théoriquement pas de raison pour que ce type d'enregistrement soit produit)	**90RSFA**
Séjour avec plusieurs GHS hors cas admis. Il s'agit ici de séjours complets qui peuvent comporter plusieurs factures. Même dans ce cas on ne peut avoir qu'un seul GHM (si on ne tient pas compte des annule remplace qui se neutralisent). Les cas admis sont les dialyses, les séances de chimiothérapie, les séances de transfusion, les séances de caissons hyperbares et les GHM de la CMD 14. Les règles suivantes sont appliquées : o Les GHS de la CMD 14 sont cumulables avec les GHS de la CMD 15 o Les dialyses et les séances de caissons hyperbares sont cumulables avec tous les GHS o Les séances de chimiothérapie et les séances de transfusion sont cumulables seulement avec elles-mêmes.	**90RSFA**
Facture avec plusieurs GHS hors cas admis : Il s'agit ici de factures individuelles (sans tenir compte des séjours) qui comportent plusieurs GHS hors les cas admis (cf plus haut).	**90RSFA**
Facture sans GHS hors cas admis : Il s'agit de facture ne comportant pas de ligne dont le code prestation est le GHS (hors les factures nulles, les factures de dialyses et les IVG)	**90R SFA**
Séjours avec un code prestation du RSFB non renseigné	**90RSFA**
RSFB avec GHS des suppléments journaliers non renseignés ou à 0 : On considère ici les EXH, REA, REP, STF,	***Groupage initial***

SRA, SRC, SSC, NN1, NN2, NN3. Pour ces suppléments, il faut indiquer au niveau de la variable GHS, le n° du GHS dans lequel le patient a séjourné.	
RSFB avec GHS non retrouvé dans la table de tarif	**90RSFA**
RSFB avec prix unitaire différent du tarif du BO	**90RSFA**
RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à : tarif (table de référence)*quantité*coefficient*coefficient MCO. Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.	**90RSFA**
RSFB avec un mauvais codage des EXB	***Groupage initial***

L'établissement vérifiera qu'il n'y a pas d'anomalie détectée ou que celles-ci sont justifiées.

Tableau 3.2 : Fréquence des GHM en erreur

Etat GHM	Nb de séjours concernés	% de séjours concernés
Libellé 1		
…		
TOTAL		

Objectif :
Vérifier que le nombre d'anomalies détectées n'est pas important.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e.

Point Focus :
Les séjours en GHM erreur doivent être minimes.
L'établissement vérifiera qu'il n'y a pas d'anomalie détectée ou que celles-ci sont justifiées.

Tableau 3.3 : Codes retour des GHM en erreur

Libellé du Code Retour	Nb séjours concernés	(%)

Objectif :
Vérifier que la nature des anomalies détectées ne perturbe pas la qualité du recueil PMSI.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e.

Point Focus :
Les anomalies observées doivent être prise en compte par l'établissement pour son recueil PMSI N+1.

Tableau 3.4 : Anomalies des séjours en groupage correct

Libellé du Code erreur	**Nb d'anomalies observées**	**Nb de séjours concernés (A)**	**% de séjours concernés** (A)/ n *
Libellé 1			
…			
Total			

** n est le nombre de RSA en groupage correct (voir TDC 3.2)*
*** Le total des séjours en anomalie n'est pas égal à la somme des séjours concernés car un même séjour peut être concerné par plusieurs anomalies*

Objectif :
Vérifier que la nature des anomalies détectées ne perturbe pas la qualité du recueil PMSI.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues des données PMSI et répertorie les erreurs détectées par GENRSA/AGRAF.

Point Focus :
Les anomalies observées doivent être prise en compte par l'établissement pour son recueil PMSI N+1. Attention, un même séjour peut être concerné par plusieurs types d'erreurs et peut avoir plusieurs fois la même erreur. La somme des nombres de séjours concernés n'est donc pas forcément égale au total des séjours en anomalie.

Tableaux 4 : Séjours atypiques

Ces tableaux permettent la détection des séjours présentant des atypies. Cela permet de savoir s'il y a des problèmes dans la valorisation.
Le taux d'anomalie est calculé de la manière suivante :

$$\text{taux anomalie} = \frac{\text{Nb séjours atypiques}}{\text{Nb séjours de référence}} * 100$$

Une phrase indique les tableaux qui ne concernent pas l'établissement, comme par exemple :
« L'établissement n'est pas concerné par les tableaux suivants : 4.3, 4.7, 4.10, 4.11, 4.12, 4.14 ».

Tableau 4.1 : Nombre d'ICR ne correspondant pas à celui déclaré dans le paramétrage ARCAnH par SAMT

SA – Libellé de la SA	Nb séjours avec 1 code acte CCAM et 1 passage dans une SAMT (A)	Nb séjours avec nombre d'ICR observé différent de celui attendu (B)	Taux d'anomalie (%)

Ce tableau permet de vérifier que l'établissement a renseigné dans le fichier d'importation des UO (fichier 3 d'ARAMIS), le nombre d'ICR dans la version CCAM attendue pour ces RSA à un acte. La version CCAM attendue est celle déclarée par SAMT dans ARCAnH.
Ce contrôle est fait uniquement pour les RSA à 1 acte CCAM (9 caractères) ayant été réalisé une seule fois et pour lequel il y a un recueil d'ICR. Les numéros de séjour concernés peuvent être consultés dans le fichier « Numéros des séjours atypiques concernés par les tableaux 4 » avec le code erreur « nombre_ICR ».

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues d'ARAMIS, du RSA pour la liste des actes et des fichiers 3 et 6 des UO des SAMT et SAMX.

Tableau 4.2 : Comparaison ICR calculés et ICR déclarés
(=> a été décomposé en 5 tableaux par rapport à 2010)

Partie 1 : Dialyse

Nombre d'ICR calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'ICR observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Partie 2 : Radiothérapie

Nombre d'ICR calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'ICR observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Partie 3 : Anesthésie

Nombre d'ICR calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'ICR observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Partie 4 : Autres actes CCAM

Nombre d'ICR calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'ICR observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Partie 5 : Total

Nombre d'ICR calculés par l'ATIH à l'aide du fichier RSA (A)	Nombre d'ICR observés dans le fichier ARAMIS (B)	Ecart (B) –(A)	Ecart (%) (B) –(A) / (A) x100

Objectif :
Vérifier que le nombre d'ICR calculé est comparable à ceux déclarés dans le fichier ARAMIS.

Source :
Pour chaque tableau :
1ère colonne : informations issues du RSA pour la liste des actes convertis en ICR d'après la V28 disponible sur le site ATIH et **d'après le paramétrage des SA faites dans ARCANH** (avec ou sans consommables ET avec ou sans médecins salariés).
2ème colonne : informations issues des fichiers 3 et 6 des UO des SAMT et SAMX d'ARAMIS

Partie 1 Dialyse : liste des actes typés « dialyse » dans l'onglet bloc du fichier ICR
La liste des actes typés dialyse sera transmise au superviseur

Partie 2 : radiothérapie : liste des actes typés « radiothérapie » dans l'onglet bloc du fichier ICR
La liste des actes typés radiothérapie sera transmise au superviseur

Partie 3 : Anesthésie : liste des actes de l'onglet anesthésie du fichier ICR

Partie 4 : Autres actes CCAM : liste des actes de l'onglet bloc hors actes typés dialyse et radiothérapie du fichier ICR

Partie 5 : TOTAL : total des actes listés ci-dessus

A noter que le calcul est effectué sans les actes d'anatomo-cytopathologie.

Point Focus :

Ces tableaux ont été étoffés pour la campagne 2011 avec la distinction de 3 plateaux. Ces tableaux sont expérimentaux et demande une analyse fine en cas d'écart important.
Ainsi, si les écarts sont en deçà de 20%, ce tableau n'est pas une priorité pour l'étude ENC.

Pour analyser les résultats, le rôle GF-ENC de l'établissement a accès aux numéros de séjours n'ayant pas les mêmes valeurs d'ICR entre le nombre recalculé par l'ATIH et la valeur déclarée. Ces données sont téléchargeables par le lien « Doc 3 : Numéros des séjours atypiques concernés par les tableaux 4 » (Cf Doc.3 en fin des TDC 4).

A noter que le calcul est effectué sans les actes d'anatomo-cytopathologie, ceux-ci ayant pu être codés en cours d'année 2011.

L'interprétation des résultats doit prendre en compte les **réserves** suivantes :

1) La liste des actes contenus dans le fichier RSA du PMSI n'est pas obligatoirement exhaustive. Ainsi, le recalcule des ICR à partir des actes du fichier RSA peut aboutir à une valeur en deçà du nombre d'ICR fournit dans le fichier ARAMIS de recueil des ICR.

2) Les actes réalisés au chevet du patient sont comptabilisés lors du recalcule du nombre d'ICR à partir du PMSI mais non comptabilisés côté ENC.

3) Pour les plateaux de dialyse et radiothérapie, seule une liste fermée d'acte, élaborée par l'ATIH, a été prise en compte.

4) Dans la partie « dialyse », les actes de dialyse réalisés en réanimation ne sont comptabilisés pas côté PMSI alors que cela est possible côté ENC selon le découpage de l'établissement.

5) Si l'établissement n'a pas créée de SAMT d'anesthésie mais que les ICR d'anesthésie sont comptabilisés dans une autre SAMT (ex : bloc). Alors en partie 3, le nombre d'UO calculés grâce au PMSI sera > 0 alors que le nombre d'ICR déclarés sera =0. En effet, les ICR observés d'anesthésie seront comptabilisés, dans l'exemple, en partie 4.

6) Si l'établissement a paramétré plusieurs SAMT différemment pour une même spécialité, le nombre d'ICR calculé par l'ATIH peut être biaisé. En effet, pour le calcul du nombre d'ICR par l'ATIH, par séjour, on vérifie le paramétrage des SAMT donc par exemple pour la dialyse (il en va de même pour la radiothérapie, l'anesthésie et les autres actes CCAM) :
   - S'il y a une seule SAMX de dialyse dans le séjour avec au moins un acte de dialyse alors, on prend en compte dans le calcul des ICR, le paramétrage de cette SAMX de dialyse
   - S'il n'y a aucune SAMX de dialyse ou s'il y a plusieurs SAMX de dialyse dans le séjour avec au moins un acte de dialyse alors on prend les paramètres suivants par défaut :
     - S'il y a un paramétrage plus utilisé pour les SAMX de dialyse (ex : médecins salariés et sans consommables) alors on prend en compte celui-ci
     - S'il n'y a pas de paramètre plus utilisé pour les SAMX de dialyse alors voici le paramétrage par défaut :
       - pour les établissements ex-DG : Avec Médecins salariés et sans consommables
       - pour les établissements ex-OQN : Sans Médecins salariés et sans consommables

Tableau 4.3 : Séances de transfusion sans dépenses en produits sanguins

Nb de RSA séances de transfusion (GHM 28Z14Z)	Nb de RSA séances de transfusion sans dépenses de sang directement affectées au patient	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Ce test permet de détecter les séjours de GHM de transfusion (28Z14Z) n'ayant pas de dépense de sang affectée au séjour (règlementairement, cela ne devrait pas exister). Ce tableau peut être mis en relation avec le taux de suivi des dépenses de produits sanguins labiles, présenté dans le tableau 2.1. Par exemple, si le taux de suivi est de 100%, on s'attend à ce que le taux d'anomalie soit nul. Dans tous les cas, si ce taux n'est pas nul, l'établissement doit fournir une explication.

Source :
1ère colonne : informations issues du RSA regroupés en V11e en 28Z14Z
2ème colonne : informations ci-dessus croisée avec le fichier 7 type de dépense 4 d'ARAMIS
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.4 : Séances avec le champ « nombre de séances » égal à 0

Nb total de RSA séances	Nb RSA séances avec variable nbseance=0	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre total de RSA séances correspond au nombre de RSA de la CM28.
Cette anomalie peut relever d'une erreur de saisie dans le RSA, il convient à l'établissement de fournir une explication.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en CM 28 : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : pour les séjours cités ci-dessus, on regarde si la variable Nombre de séances est égal à 0
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.5 : Séances avec DMI (hors curiethérapie)

Nb total de RSA séances (hors curiethérapie)	Nb RSA séances avec dépenses de DMI directement affectées au patient	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre total de RSA séances correspond au nombre de RSA de la CM28 (hors GHM de curiethérapie). On s'intéresse aux dépenses de DMI FES et non FES (et éventuellement en compte de tiers) directement suivies au séjour. On s'attend à n'avoir aucune dépense de DMI sur ces séjours, et donc un taux d'anomalie nul.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en CM 28hors 28Z10Z : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 7 type de dépense 5 et 6 et avec le fichier 8 type de dépense 22 d'ARAMIS
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.6 : Séances avec ICR d'anesthésie

Nb total de RSA séances	Nb RSA séances avec ICR d'anesthésie	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre total de RSA séances correspond au nombre de RSA de la CM28. On s'attend à ce que ces séjours n'aient pas d'ICR d'anesthésie, et donc à ce que le taux d'anomalie soit nul.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en CM 28 : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 3 des UO pour les SAMT d'anesthésiologie (ARAMIS).

Tableau 4.7 : Séances de dialyse sans passage dans les SAMX correspondantes

Nb RSA séances de dialyse	Nb RSA séances de dialyse sans passage dans la SAMX	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre total de RSA séances correspond au nombre de RSA classés en GHM de dialyse (28Z01Z, 28Z02Z,'28Z03Z, 28Z04Z). Ce test permet de détecter les séances de dialyse pour lesquelles aucun ICR n'a été relevé. Cela est anormal ; le taux d'anomalie doit donc être nul.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en 28Z01Z, 28Z02Z, 28Z03Z et 28Z04Z : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 6 des UO des SAMX de dialyse paramétré par l'établissement dans ARAMIS.
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne.

Tableau 4.8 : Séances de radiothérapie sans passage dans les SAMX correspondantes

Nb RSA séances de radiothérapie	Nb RSA séances de radiothérapie sans passage dans la SAMX	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre total de RSA séances correspond au nombre de RSA classés en GHM de radiothérapie (28Z10Z, 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z et 28Z25Z). Ce test permet de détecter les séances de radiothérapie pour lesquels aucun ICR n'a été relevé. Cela serait anormal et doit être soit corrigé soit justifié.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en 28Z10Z, 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z et 28Z25Z: informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 6 des UO des SAMX de radiothérapie paramétré par l'établissement dans ARAMIS.
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.9 : Séjours chirurgicaux (C) sans ICR de bloc ou d'exploration fonctionnelle (hors séjours avec imagerie interventionnelle)

Nb séjours en chirurgie	Nb séjours en chirurgie sans ICR de bloc	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
On entend par séjours de chirurgie, les RSA orientés dans un groupe chirurgical (voir la version 11 de la classification en GHM, 3ème caractère du GHM= «C »). Les ICR pris en compte sont ceux du bloc général, du bloc obstétrique et des explorations fonctionnelles. On ne prend pas en compte les séjours présentant de l'imagerie interventionnelle, car ils peuvent avoir des ICR de bloc sans nécessairement passer par un bloc de chirurgie. Si le taux d'anomalie est non nul, l'établissement doit fournir une explication.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en C (3ème caractère du code du groupage) : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 3 des UO des SAMT d'ARAMIS (UO de bloc + UO de bloc obstétrique + UO d'exploration fonctionnelle)
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne.

Tableau 4.10 : Séjours de GHM médicaux (M) avec un nombre important d'ICR de bloc

Nb séjours dans GHM médicaux	Nb séjours dans GHM médicaux hors erreur G080/G222	Nb séjours avec un nombre important d'ICR de bloc	Taux observé (%)

Objectif :
On entend par séjours de GHM médicaux, les RSA orientés dans un groupe médical (voir la version 11 de la classification en GHM, 3ème caractère du GHM= «M » et sans acte opératoire). Le test permet de détecter un nombre d'ICR important pour les séjours classés en GHM médical pour lesquels le nombre d'acte effectué devrait en principe être limité. Les séjours avec un nombre important d'ICR de bloc sont les séjours présentant un nombre d'ICR de bloc supérieur à deux fois la moyenne ENC N-1 du GHM concerné. Le taux observé de ces séjours peut éventuellement être non nul, on s'attend alors à une justification.

Source :
1ère colonne : RSA groupés en M (3ème caractère du code du groupage) : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e
2ème colonne : RSA groupés en M (3ème caractère du code du groupage) : informations issues du RSA, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e, et RSA n'ayant pas d'erreur G080 (Séjour avec acte opératoire mineur reclassant dans un GHM médical) ou G222 (Séjour avec acte opératoire non mineur reclassant dans un GHM médical) dans le fichier LEG.
3ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 3 des UO des SAMT d'ARAMIS (UO de bloc + UO de bloc obstétrique) où UO de bloc (UO de bloc + UO de bloc obstétrique) > 2* l'ICR moyen du GHM du séjour (groupage GENRSA/AGRAF)
4ème colonne : 3ème colonne / 2ème colonne.

Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS, les séjours ont été préalablement regroupés en V11e et du fichier 3 des UO des SAMT d'ARAMIS.

Tableau 4.11 : Séjours avec passage dans une SAMT mais sans UO correspondantes

SAMT	Nb séjours	Nb séjours avec UO=0	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Pour chaque SAMT, on s'attend à n'avoir aucun séjour présentant un nombre d'UO égal à 0. Si le taux d'anomalie est non nul, l'établissement doit fournir une explication.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du fichier 3 des UO des SAMT d'ARAMIS.

Tableau 4.12 : Séjours avec passage en réanimation sans ICR de réa (omegas et IGS2)

Nb séjours avec passage en réa	Nb séjours avec passage en réa sans oméga	Nb séjours avec passage en réa sans IGS2	Taux d'anomalie (%) oméga	Taux d'anomalie (%) IGS2

Objectif :
Les séjours avec passage en réanimation sont les séjours dont les dépenses cliniques sont supérieures à 0 pour l'activité de réanimation (Nombre de jours d'hospitalisation non nul dans une SA de réanimation).
Pour calculer le taux d'anomalie IGS2 (séjours sans IGS relevés), les séjours de réanimation pédiatrique et néonatale sont exclus, puisque le score IGS2 n'est pas applicable à ces secteurs.

Source :
1ère colonne : Nombre de séjours passé par la SAMX de réanimation : à partir du codage UM-SA ou du fichier parcours du patient
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 5 d'ARAMIS, champ « nombre d'omégas »
3ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le fichier 5 d'ARAMIS, champ « nombre d'IGS »
4ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne
5ème colonne : 3ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.13 : Séjours avec omegas sans passage dans une SA de réa

Nb séjours avec omégas de réa	Nb séjours avec omégas sans passage en réa	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
On compare ici deux sources de données. Le nombre de séjours avec omégas de réanimation est calculé à partir du fichier ARAMIS de consommation d'omégas par séjour et par SA de réanimation. On s'attend à ce que l'établissement mentionne bien le nombre de journées de ces séjours dans la SA de réanimation (fichier ARAMIS du parcours du patient en SA d'hébergement pour les établissements ayant choisi cette option). Le taux d'anomalie doit être nul, si ce n'est pas le cas l'établissement doit fournir des explications.

Source :
1ère colonne : Nombre de séjours avec des omégas de réanimation déclarés dans le fichier 5 ARAMIS.
2ème colonne : informations ci-dessus croisées avec le **non** passage par la SAMX de réanimation : à partir du codage UM-SA ou du fichier parcours du patient
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne.

Tableau 4.14 : Séjours multiSAC de 0 nuit

Nb séjours multiSAC	Nb séjours de 0 nuit multiSAC	Taux observé (%)

Objectif :
Par séjour multiSAC, on entend séjour passant par plusieurs SAC. Les séjours relevés ici ne reflètent pas nécessairement une erreur, mais ils doivent être justifiés par l'établissement.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS.

Tableau 4.15 : Séjours avec plusieurs passages aux urgences

Nb séjours avec passage aux urgences	Nb séjours avec plusieurs passages aux urgences	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Le nombre de passages correspond ici au nombre d'UO d'urgences. On s'attend à ce chaque séjour passé par les urgences n'y soit passé qu'une seule fois, le taux d'anomalie doit donc être nul.

Source :
1ère colonne : Nombre de séjours ayant au moins un passage en urgence (SA commençant par 9211 pour AA et 9321 pour NA) avec un nombre d'UO > 0 dans le fichier 3 d'ARAMIS.
2ème colonne : Nombre de séjours ayant au moins un passage en urgence (SA commençant par 9211 pour AA et 9321 pour NA) avec un nombre d'UO > 1 dans le fichier 3 d'ARAMIS.
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne.

Tableau 4.16 : Anomalies dans les passages aux urgences

Nb séjours avec passages aux urgences (RSA)	Nb séjours avec passages aux urgences (RSA) sans UO d'urgence	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
On compare ici deux sources de données. Dans les RSA, on compte le nombre de séjours dont le mode d'entrée se fait par les urgences (mode d'entrée code « 8 » et provenance code « 5 » - cf. guide méthodologique PMSI MCO). On s'attend à ce que, parallèlement, tous ces séjours aient des UO d'urgences fournit pour l'ENC (fichier ARAMIS de consommation d'UO par séjour et SAMT). Le taux d'anomalie doit être nul, si ce n'est pas le cas l'établissement doit fournir des explications.

Source :
1ère colonne : Nombre de séjours avec un mode d'entrée = 8 et une provenance = 5 dans le fichier PMSI.
2ème colonne : Nombre de séjours avec un mode d'entrée = 8, une provenance = 5 et un nombre d'UO d'urgence = 0 dans le fichier 3 d'ARAMIS.
3ème colonne : 2ème colonne / 1ère colonne

Tableau 4.17 : Séjours avec acte de DMI FES sans dépenses de DMI FES (hors GHM erreur)

Type de DMI	Nb séjours avec au moins un acte de pose de DMI	Nb séjours avec au moins un acte de pose de DMI sans dépenses de DMI FES	Nb séjours avec au moins un acte de pose de DMI sans aucune dépense de DMI	Taux d'anomalie (%)
CARDIO	**48**	**12**	**3**	**25**

__Objectif__ :
Ce test se base sur une liste d'actes CCAM avec pose de DMI FES (facturables en sus). Ils sont classés selon les types suivants :

Nature du DMI	Type de DMI correspondant dans le fichier au séjour
Cardiovasculaire	CARDIO
Digestif	DIG
Orthopédie	ORTHO
ORL	ORL
Urogénitaux	UROGENIT
Implants mammaires	IMPLANTS_MAM
DMI actifs	DMI_ACTIF
Plusieurs appareils anatomiques	AUTRE

On considère qu'un séjour avec un ou plusieurs de ces actes doit avoir des dépenses de DMI facturables en sus suivies au séjour. Un taux d'anomalie non nul doit être justifié par l'établissement.

Le nombre de séjours sans aucune dépense de DMI permet de voir si les dépenses de DMI ont éventuellement été affectées au poste DMI non facturables en sus.
Vous pouvez trouver cette liste de séjour sans aucune dépense de DMI dans le « Doc 3 » de la rubrique 2 des TDC intitulé « Numéros des séjours atypiques concernés par les tableaux 4 »

Exemple d'interprétation :
Vous avez 48 séjours ayant un acte de pose de DMI FES CARDIO
Sur vos 48 séjours,
- 12 séjours n'ont pas de dépenses suivies au séjour de nature DMI FES alors qu'ils ont un acte de pose de DMI FES

► Vérifier que vous avez mis la nature de charges correcte dans le fichier ARAMIS correspondant.

- 3 séjours qui n'ont aucune dépense de DMI suivi au séjour (ni DMI DES ni DMI hors FES) alors qu'ils ont un acte de pose de DMI FES

► Suivez-vous cette charge pour ces séjours ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi n'est-elle pas dans ARAMIS ?

Vous trouverez la liste des 15 séjours concernés dans le « Doc 3 » avec les codes suivants :
- Dans le 1er cas, les 12 séjours seront sous le libellé « DMI _FES_CARDIO »,
- Dans le 2ème cas, les 3 séjours seront sous le libellé « DMI _CARDIO ».

A noter que ce tableau est lié au taux de suivi des DMI FES : le taux d'anomalie élevé sera expliqué par un faible taux de suivi au séjour. Ce tableau est donc à analyser uniquement lorsque le taux de suivi des DMI FES est très élevé.

Vous devez donc justifier auprès de votre superviseur le fait que certains séjours n'aient pas de dépenses de DMI sur des séjours susceptibles d'en avoir.

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS, du fichier 7 des charges médicales et fichier 8 des comptes de tiers d'ARAMIS.

Tableau 4.18 : RSA séance à 1 séance avec un montant de charges directes élevées

Type de séance	Nb RSA séance à 1 séance	Nb séjours ayant un montant de charges directes élevées	Taux d'anomalie (%)

Objectif :
Il s'agit ici de repérer les séances à une séance ayant un montant de charges directes élevées et dont le coût moyen des séances serait biaisé. L'établissement devra alors corriger en répartissant ses charges médicales sur l'ensemble des séances du patient et non sur la première séance uniquement.

Le montant des charges directes est considéré comme « élevé » lorsqu'il est dix fois supérieur au montant moyen qui sont les suivants :

Type de charges	Détail	Seuil
MEDIC_HT2A	Spé. pharma.	20 000
MEDIC_T2A	Spé. pharma. + médicament ATU	20 000
PSL	PSL	11 000
CONSO	Autre Conso	15 000
ST	Sous-traitance SMUR, Imagerie, labo., labo HN…	10 000

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues du RSA d'ARAMIS et du fichier 7 des charges médicales d'ARAMIS.

Tableau 4.19: Rapport d'anomalie des séjours

Séjours testés	Nb séjours	Pourcentage de séjour

Objectif :
Les pourcentages de séjours détectés par les tests doivent être les plus faibles possibles.

Ce tableau présente le nombre de séjours – en volume et en pourcentage – en fonction des critères de test ci-dessus.
Les séjours peuvent être repérés par 1 test, plusieurs tests (combinaison) ou aucun test.
Un fichier qui présente l'ensemble des séjours atypiques est à télécharger et à consulter afin d'apporter les corrections possibles. Le numéro de séjour correspond au numéro de ligne du RSA (dans le RSA 1

ligne=1séjour). Attention lors de la correspondance avec le RSS (1 séjour peut être sur plusieurs lignes).

Source :
Toutes les informations de ce tableau sont issues des tableaux 4.3 à 4.18.

Libellés des tests :

Code du test	Libellé du test
Pas d'anomalie	Séjour non repéré par les tests
TRANSFU_SANG	Séjour orienté dans un GHM de transfusion sans dépense de sang (tdc 4.3)
SEANCE_ZERO	Séjour orienté dans un GHM séance avec un nombre de séance à zéro (tdc 4.4)
SEANCE_DMI	Séjour orienté dans un GHM séance avec DMI (tdc 4.5)
SEANCE_ANESTHE	Séjour orienté dans un GHM séance avec ICR d'anesthésie (tdc 4.6)
DIALYSE_SAMX	Séjour orienté dans un GHM séance de dialyse sans passage dans une SAMX de dialyse (tdc 4.7)
RADIOTHE_SAMX	Séjour orienté dans un GHM séance de radiothérapie sans passage dans une SAMX de radiothérapie (tdc 4.8)
CHIR_BLOC	Séjour orienté dans un GHM de chirurgie sans ICR de bloc (tdc 4.9)
MED_BLOC	Séjour orienté dans un GHM de médecine avec beaucoup d'ICR de bloc (tdc 4.10)
REA_ICR	Séjour passé dans une SA de réanimation sans ICR de réanimation (omégas) (tdc 4.11)
REA_IGS	Séjour passé dans une SA de réanimation sans IGS de réanimation (tdc 4.12)
OMEGA_REA	Séjour avec oméga sans passage dans une SA de réanimation (tdc 4.13)
AMBU_MULTISAC	Séjour multisac de 0/1 jour (tdc 4.14)
URGENCES_NB	Séjour avec plusieurs passages aux urgences (tdc 4.15)
URGENCES_PB	Séjour avec passage aux urgences dans le RSA mais pas dans ARAMIS (tdc 4.16)
DMI_FES_OPTHALMO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_OPTHALMO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_ORL	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_ORL	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_CARDIO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_CARDIO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_RESP/DIG	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_RES/DIG	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_UROGENIT	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_UROGENIT	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_ORTHO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_ORTHO	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI_FES_AUTRE	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI FES suivie au

	séjour (tdc 4.17)
DMI_AUTRE	Séjour avec un acte de DMI FES sans dépense de DMI (ni FES ni hors FES) suivie au séjour (tdc 4.17)
DMI	Séjour avec un acte de DMI sans dépense de DMI (tdc 4.17)
NOMBRE_ICR	Séjour avec un nombre d'ICR différent de celui attendu (tdc 4.1)
1SEANCE	Séjour dans un GHM séance à une séance avec un montant de charges directes élevées (tdc 4.18)

Document 5. Numéros des séjours concernés par les tableaux 4

Ce fichier csv doit être converti après ouverture dans EXCEL avec utilisation du délimiteur virgule « , ». Ce document comporte 2 tableaux l'un en dessous de l'autre.

Les colonnes fournies sont les suivantes pour le premier tableau :

Numéro de séjour	GHM en V11e	Code du test

Il concerne les résultats au séjour du tableau 4.19.

Les colonnes du second tableau sont les suivantes.

Numéro de séjour	GHM en v11e	Nombre d'ICR déclarés (A)	Nombre d'ICR calculés (B)	Différence (A)-(B)

Objectif :
Permettre à l'établissement de rechercher les séjours en anomalie relevés dans les tableaux 4. Les codes tests utilisés sont les mêmes que ceux du tableau 4.19.

Source :
Ce tableau indique les différences en nombre d'ICR entre le PMSI et l'ENC par séjour (résultats du tableau 4.2).

Points focus :
Lors des tests de recherche d'atypies dans les séjours, les numéros de séjours sont fournis en téléchargement sur la plateforme (uniquement pour le rôle GF-ENC). Il s'agit du numéro de séjour séquentiel, anonymisé. Le numéro de RSS correspondant peut être retrouvé, si nécessaire, par le process décrit ci-dessous (ou dans la note de début de campagne 2010).

PROCESS :

Préalable : faire une copie de vos archives PMSI pour effectuer cette opération de rapprochement

La correspondance entre le numéro de séjours atypique donnée par les tableaux de contrôle et le numéro de RSS se trouve dans le fichier "finess.2011.12.TRA.TXT" de votre ARCHIVE PMSI .OUT.

Le format du fichier .TRA est le suivant :

Libellé	Taille	Début	Fin
N° Index RSA	10	1	10

Numéro de RSS	20	11	30
Numéro de ligne dans fichier RSS épuré	10	31	40
N° administratif de séjour	20	41	60
Date d'entrée	8	61	68
GHM (d'origine)	6	69	74
Date de sortie	8	75	82

Le numéro de séjour Index RSA (1er champ) dans le fichier "FINESS.2010.12.TRA" correspond au numéro de séjour RSA des fichiers ENC.

Le numéro de RSS (2ème champ) dans le fichier "FINESS.2011.12.TRA.TXT" correspond au numéro RSS du fichier de RSS.

Attention : vérifier que tous les résultats des tests y figurent.

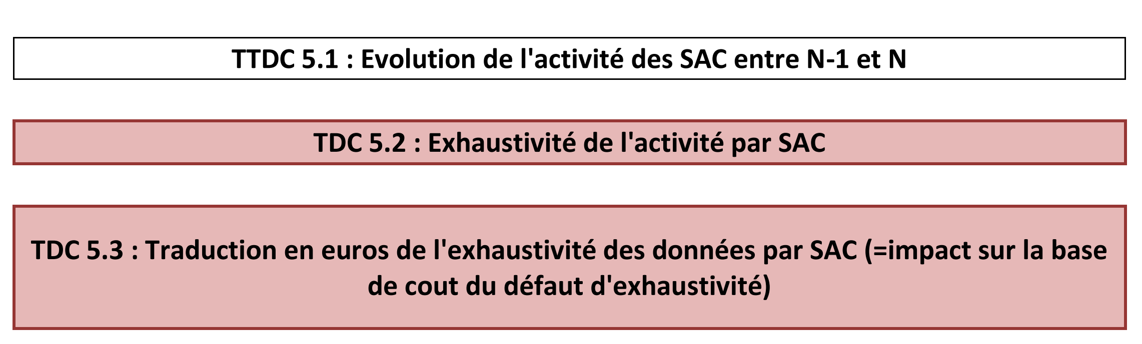
Le superviseur n'a pas accès à ce tableau.

Rubrique 3 : Données administratives et valorisation des sections

Les coûts indicatifs des SAC, SAMX, SAMT calculés sur l'échantillon 2011 ***n'incluent pas les charges de DMI et de spécialités pharmaceutiques facturables en sus****. Ces coûts indicatifs, ainsi que ceux des sections de LGG ne sont* <u>*en aucun cas*</u> *des coûts de référence nationaux et ne peuvent pas servir à d'autres travaux que ceux de contrôle des données ENC par établissement. Il s'agit en effet de coûts bruts, non redressés, résultant d'une moyenne de l'échantillon intégrés 2011.*

Tableaux 5 : Dépenses totales, exhaustivité et coût des UO pour les SAC

Résumé des TDC 5 :



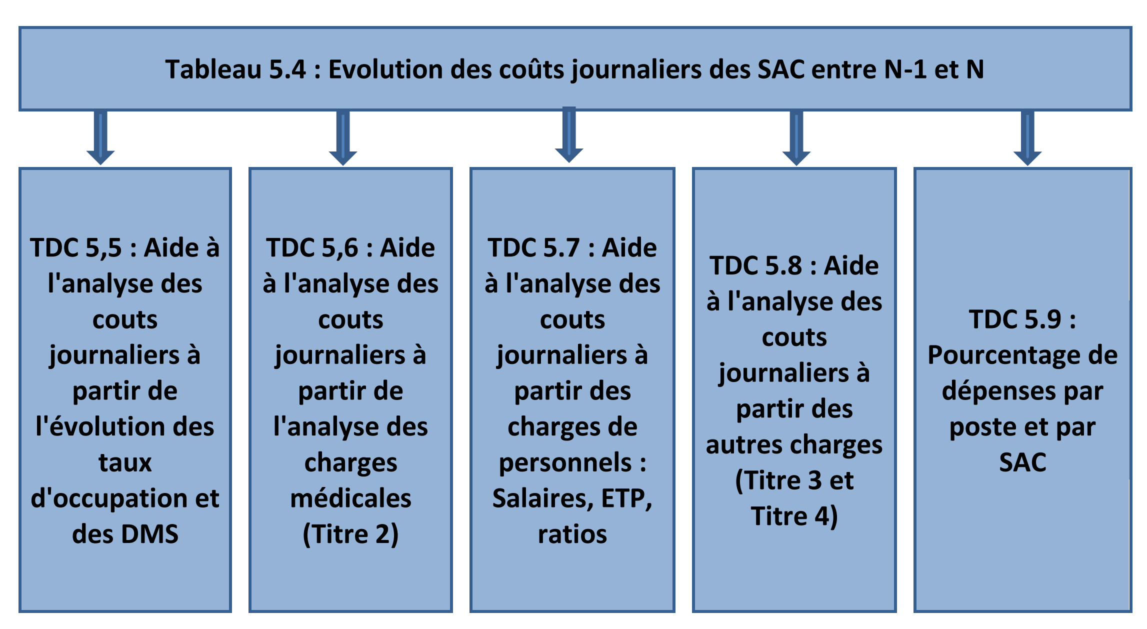


Tableau 5.1 : Evolution de l'activité des SAC entre N-1 et N

SA	Libellé officiel	Libellé saisi	Type d'hospitalisation	Nb de journées en N-1	Nb de journées en N A	% d'évolution	Nb d'entrées N-1	Nb d'entrées N B	% d'évolution	Nb de lits N-1	Nb de lits N C	% d'évolution	Nb de journées-lits d'ouverture N-1	Nb de journées-lits d'ouverture N D	% d'évolution

<u>**Objectif**</u> :
Analyser les évolutions de l'activité par SA entre N-1 et N.

<u>**Source :**</u>
Toutes les informations contenues dans ce tableau sont issues des données administratives d'ARCAnH N et N-1.

Les données de l'onglet « données administratives » sont saisies par l'établissement lors du paramétrage d'ARCAnH.

<u>**Points focus :**</u>
Il s'agit ici de vérifier :
- la cohérence entre le libellé officiel et le libellé saisi,
- les évolutions entre N-1 et N de l'activité.

L'activité se caractérise par le nombre de journées, le nombre d'entrées ainsi que le nombre de lits.
Les évolutions importantes (positives ou négatives) en activité doivent être justifiées par l'établissement.
Si l'établissement est nouveau, les colonnes N-1 n'apparaissent pas.

Tableau 5.2 : Exhaustivité de l'activité par SAC

SAC	Libellé saisi	Type d'hospitalisation	Nb de j. adminis-tratives hors RUM à 0j en HC **A**	Nombre de RUM à 0 j en HC : **B**	**Nombre de journées administratives totales : C = A+ B**	Nombre de journées des séjours >= 1 jour hors RUM à 0j : **D**	Nombre de passages en RUM à 0 j en HC : **E**	Nb de passages dans des séjours de moins de 24 h (hors CMD 28) **F**	Nb de séances (CMD 28) **G**	**Nombre de journées PMSI (calcul intermédiaire) H = D + F + G**	**Nb de j. PMSI totales I = D+ E + F + G**	Ecart en nombre **J = C - I**	Ecart (%) **K = J / C**	Nb de j utilisées pour la valorisation **L**
					100						**90**	**10**	**10%**	

Objectif :
Analyser l'exhaustivité de l'activité en journées, par SAC par confrontation de 2 sources de données : les journées administratives recueillies dans ARCANH et les journées PMSI.

Source :

	Libellé	**Outils - Définition**	**ligne**
Colonnes A à C = Journées administratives déclarées dans ARCANH			
A	Nb de j. administratives hors RUM à 0 j en HC	ARCAnH, Données administratives	
B	Nb de RUM à 0 j en HC	ARCAnH, Données administratives Ce calcul doit être réalisé en comptant les passages de 0 pour les séjours d'une journée et plus, sur la base des RUM dans le PMSI ou des passages dans les SA dans le fichier 2 d'ARAMIS (pour ceux qui l'ont importé).	
C	Nb de j. administratives totales		= A + B + C
Colonnes D à H = Journées PMSI calculé à partir du fichier RSA			
D	Nombre de journées des séjours >= 1 jour hors	Sélection des séjours dont Date de sortie – Date d'entrée >= 1	

	RUM à 0 j en HC	Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de journées (date de sortie – date d'entrée) : Cas 1 : date de sortie – date d'entrée de l'UM >=1 => correspond à la colonne D Cas 2 : date de sortie – date d'entrée = 0 => correspond à un passage à mettre dans la colonne E	
E	Nombre de RUM à 0 j en HC		
F	Nombre de passages dans les séjours de moins de 24 h (hors CMD 28)	Sélection des séjours dont Date de sortie – Date d'entrée = 0 hors CMD 28 Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de passages dans la journée	
G	Nombre de séances (CMD 28)	Sélection des séjours en CMD 28 Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de séances : 2 possibilités : 1 séjour = 1 séance 1 séjour = n séances	
H	Nombre de journées PMSI intermédiaires		= D + F + G
I	Nombre de journées PMSI totales		= D + E + F + G
J	Ecart en nombre		= C - I
K	Ecart (%)		= J / C
L	Nombre de journées utilisées pour la valorisation	Nombre de journées PMSI retraitées afin de répartir les charges au séjour dans la base de coût. Colonne E : Les RUM de 0 jour en HC sont comptés dans la base de coût à 0.5. La colonne F est retraitée car les passages dans des séjours de moins de 24 h sont comptabilisés ainsi : Nombre de journée par passage dans une SAC = 1 / Nombre de passages dans le séjour.	= D + E*0.5 + F (retraitée) + G

Attention : il ne s'agit pas des journées utilisées pour la valorisation notamment concernant la LGG.

NB sur les décès : Il n'y a pas de particularités concernant les décès. La règle PMSI est la suivante :
Cas 1 : le patient décède le jour de son arrivée : cela correspond à 1 séjour de moins de 24 heures – hors séances : Compter 1 passage
Cas 2 : le patient décède au cours du séjour : cela correspond à 1 séjour >= 1 jour : Date de sortie – Date d'entrée

Point Focus :

Les journées administratives concernent la période du 01/01/N au 31/12/N
Les journées PMSI concernent les séjours clos dans l'année N.

Modulo le décalage calendaire,
-la colonne B doit être équivalente à la colonne E
-la colonne A doit être équivalente à la somme des colonnes D, F et G (soit la colonne intermédiaire H)

L'exhaustivité :
L'écart en % entre le Nombre de journées administratives et le nombre de journées PMSI ne doit pas dépasser 5% pour chacune des SA. Dans le cas contraire, cela signifie qu'il y a soit une correction à faire, soit une justification à donner au superviseur.

Tableau 5.3 : Traduction en euros de l'exhaustivité des données par SAC

N° SA	**Libellé saisi**	**Montant des charges résiduelles + LM*** (A)	**Dépenses ventilées sur la base de coût** (B)	**Ecart en euros (C) = (B) – (A)**	**Part non ventilée ou sur-ventilée sur les RSA (%)**
SAC x	**…**	**1 000 000**	**800 000**	**-200 000**	-16.6 % (C) / (D)
SAC y	**….**	**200 000**	**220 000**	**20 000**	
TOTAL		**1 200 000 (D)**			

Objectif :
Analyser l'impact en montant de charges par SAC, et les défauts d'exhaustivité en activité.

Source :
3ème colonne : A : informations issues de la phase VI + phase VII clés LM par SA
4ème colonne : B : Montant de la 3ème colonne * % d'écart en nombre de journées.
L'écart en nombre de journées = colonne L / (colonne A + colonne B * 0.5) du tableau 5.2

5ème colonne : B - A.
6ème colonne : voir calcul dans le tableau

Point Focus :
L'établissement devra justifier tout écart important.

Si les TDC 5.2 et 5.3 ne sont pas corrects, cela entraine des dysfonctionnements dans les TDC suivants.

Tableau 5.4 : Evolution des charges et des coûts journaliers des SAC entre N-1 et N

SAC	Libellé saisi	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N-1	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N **E**	% d'évolution	Total DMI et Spé. pharma. FES N-1	Total DMI et Spé. pharma. FES N **F**	% d'évolution	Ctj établ. N-1	Ctj établ. N **G**	% d'évolution	Coût indicatif ENC N-1	% écart ct établ/ct indicatif	Q1 N-1	Q3 N-1	Borne haute N-1

Objectif :
Repérer les évolutions importantes des charges nettes + LM par SAC (hors DMI FES et SP FES) et analyser l'évolution des coûts journaliers par SAC.

Point Focus :
Ce tableau permet d'analyser l'évolution des charges et du coût journalier de l'établissement entre N-1 et N et de les comparer avec le coût indicatif de l'ENC N-1.
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés et expliqués par l'établissement (un séjour en particulier, décalage calendaire, une pratique médicale changeante, modification de l'affectation des charges …).
La pertinence du coût journalier de l'établissement doit être étudiée à l'aide de la valeur N-1 et du coût indicatif ENC N-1.

A noter que :

1) les charges de DMI et Spécialités pharmaceutiques Facturables en Sus (SP FES) ont été isolées des autres charges de la SAC car elles pouvaient masquer des évolutions d'autres types de charge. Ces charges de DMI FES et SP FES sont les charges totales affectées sur les SA avant la déduction de la phase VI. Elles comprennent la partie suivie au séjour et celle qui ne l'est pas.
2) dans le coût journalier, il n'y a pas les DMI FES et SP FES (il y a donc les charges à caractère médicale non facturable en sus).
3) le coût journalier comprend les journées des nouveaux nés (sans les décès).
4) Le coût journalier de l'établissement n'est pas celui calculé pour la valorisation des séjours car il intègre la totalité des charges à caractère médical (et non les charges résiduelles) et qu'il écarte les charges médicales de DMI FES et SP FES.

Exemple pour le calcul :

	Libellé	**Outils : ARCAnH**	**ligne**
E	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N	Phase IV – chg nette des sections Phase IV – DMI et médicaments FES Phase VII – clé LM par SA -	
F	Total DMI et médicaments FES N	Phase VI – DMI et médicaments FES	
G	Ctj établ. N		= E / A

Tableau 5.5 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir de l'évolution des taux d'occupation et des DMS

SAC	**Libellé Saisi**	**Type d'hospitalisation**	**Rappel de l'évolution du cout journalier entre N-1 et N**	**Taux d'occupation N-1**	**Taux d'occupation N =A/D**	% d'évolution	**DMS N-1**	**DMS N**	% d'évolution

Objectif :
Analyser l'activité par SAC entre N-1 et N.

Source :

Le taux d'occupation est calculé de la manière suivante :

$$\text{taux occupation} = \frac{\text{Nb de journées réalisées}}{\text{Nb de ' journées - lits' d'ouverture}}$$

Les données sur le nombre de journées et le nombre de journées-lits d'ouverture se trouvent dans le TDC 5.1

La DMS correspond à la durée moyenne des passages par SAC.

<u>Points focus :</u>
Ce tableau présente le taux d'occupation et la DMS, pour les années N-1 et N.

Les évolutions importantes (positives ou négatives) doivent être justifiées par l'établissement.

Tableau 5.6 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir de l'analyse des charges médicales

Partie 1 : Année N

SAC	Libellé Saisi	*Type d'hospitalisation*	Part du titre 2 dans les charges totales des SAC (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP ATU et autres CM dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP ATU et autres CM (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2

Partie 1 : Année N-1

SAC	Libellé Saisi	***Type d'hospitalisation***	Part du titre 2 dans les charges totales des SAC (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP ATU et autres CM dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP ATU et autres CM (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2

Objectif :
Analyser les taux de suivi au séjour par SAC.
Quand les charges à caractères médicales représentent une part importante du cout de la SAC, il est important que ces charges soient suivies au maximum au séjour.

Source :

Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre
Colonnes « Poids du poste de charge x dans la part de Titre 2 » : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte – Poste de charges / Somme des comptes du Titre ; exprimé en % ; la somme des postes de charges doit être égal à 100
Colonnes « Ratio des suivis du poste de charge x : informations issues de la Phase VI ARCANH : pour chaque poste de charge Charges directes suivies au séjour de ARCANH / charges nettes

Points focus :
Si le tableau 1.10 présente des anomalies, ce tableau n'est pas analysable.

La rubrique « Autres charges » ne se suit pas au séjour.

Tableau 5.7 : Salaires, ETP, Ratio

Partie 1/2

SA	Libellé saisi	Type d'hospitalisation	Part du titre 1 dans les charges totales des SAC N-1 (en%)	Part du titre 1 dans les charges totales des SAC N (en%)	Evolution	Montant des charges brutes* de PS**	Montant des charges brutes* de PA**	Montant des charges brutes* de PM**	ETP Soig.	ETP Aut.	ETP Méd.	Ratio sal./ETP Soig.	Ratio sal./ETP Aut.	Ratio sal./ETP Méd	ETP Soig. N-1	ETP Aut. N-1	ETP Méd. N-1

**Voir définition p6*
***A noter que les PA, PM et PS sont hors honoraires et charges d'intérimaires. Le personnel médical inclus la Permanence des soins (comptes 6425 et 6452).*

Partie 2/2

SA	Libellé saisi	Type d'hospitalisation	Nb J/ETP Soig.	Nb J/ETP Aut.	Nb J/ETP Méd.	Nb J/ETP Soig. N-1	Nb J/ETP Aut. N-1	Nb J/ETP Méd. N-1

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges de personnel, par type de personnel.

Source :
Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre
Autres colonnes : Toutes les informations de ce tableau sont issues des données administratives pour les ETP et de la phase III hors MIG pour les montants de personnel d'ARCAnH N et N-1.

Périmètre des comptes de charge pour le calcul du ratio pour chacun des types de personnel :

Code du poste de charge	Comptes de charges
PA / PS / PM	631
PA / PS / PM	633
PA / PS	641
PM	642 sauf 6425
PA / PS	645
PM	645PM sauf 6452PDS
PA / PS	6471PX sauf 64715
PM	6472PM sauf 64725
PA	648
PM	6425+6425PDS

A noter que dans le calcul du ratio salaire/ETP, on retire les comptes 6215+6216+6218 (autre personnel extérieur à l'établissement), ainsi que le compte 6223 (médecins consultants exceptionnels) pour le personnel médical et le compte 6283 (nettoyage à l'extérieur) pour le personnel autre.
De même, les honoraires et les charges d'intérim sont exclus du calcul.
En effet, ces salaires ne sont pas associés à des ETP, et viendraient donc fausser le calcul du ratio.

A noter que comme on prend pour le calcul du ratio les ETP rémunérés, on prend de la même façon les charges brutes qui correspondent à la rémunération effective du personnel.

Point Focus :

Le tableau présente le montant des salaires par type de personnel, le nombre d'ETP tel que déclaré dans ARCAnH (années N-1 et N), la valorisation de ces ETP.
Il s'agit d'analyser les variations de ces éléments et lorsque c'est possible de comparer avec N-1. Les écarts important doivent être justifiés ou bien modifiés si besoin.

Tableau 5.8 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir des charges à caractère hôtelier (Titre 3) et des charges d'amortissements, financières et exceptionnelles (Titre 4)

SAC	Libellé Saisi	Type d'hospitalisation	Titre3 (%) N-1	Titre3 (%) N	% évolution	Titre4 (%) N-1	Titre4 (%) N	% évolution

<u>**Objectif**</u> :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, pour les titre 3 et titre 4 (en référence au plan comptable hospitalier).

<u>**Point Focus :**</u>
Les fortes évolutions entre N-1 et N doivent être justifiées par l'établissement.

Tableau 5.9 : Pourcentage de dépenses par poste et par SAC

Partie 1/2

SAC	Libellé saisi	Sal. soignants	Sal. Autres	Sal. médicaux	Amortissement	Entretien	Pharmacie	Stérilisation	Génie Bio	Hygiène	Autre LM	Hono	PDS	Rémun
												*		*

Partie 2/2

SA	Libellé Saisi	Spé pharma en sus	Spé pharma	Médic sous ATU	Sang	DMI en sus	DMI	Autres conso	STM Imagerie	STM Labo	STM Labohn	STM Hospit	STM autres	ST SMUR
									*	*	*		*	

* *ne concerne que les établissements ex-DG*

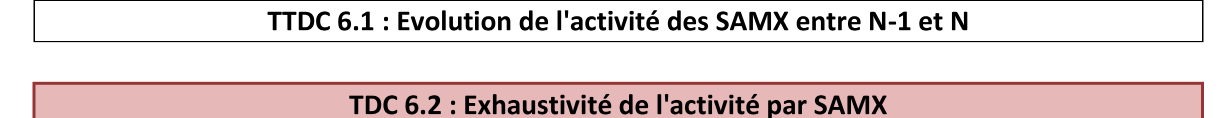
<u>**Objectif**</u> :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, par poste de charges.

<u>**Point Focus :**</u>
Les ratios atypiques doivent être justifiés.
Par exemple : gros amortissements sans matériel couteux dans la section d'analyse concernée.

Tableaux 6 : Dépenses totales, exhaustivité et coût des UO pour les SAMX

S'il n'y a pas de SAMX, alors aucun tableau n'est affiché et le message suivant est indiqué : « L'établissement n'a pas paramétré de SAMX ».

Résumé des TDC 6 :



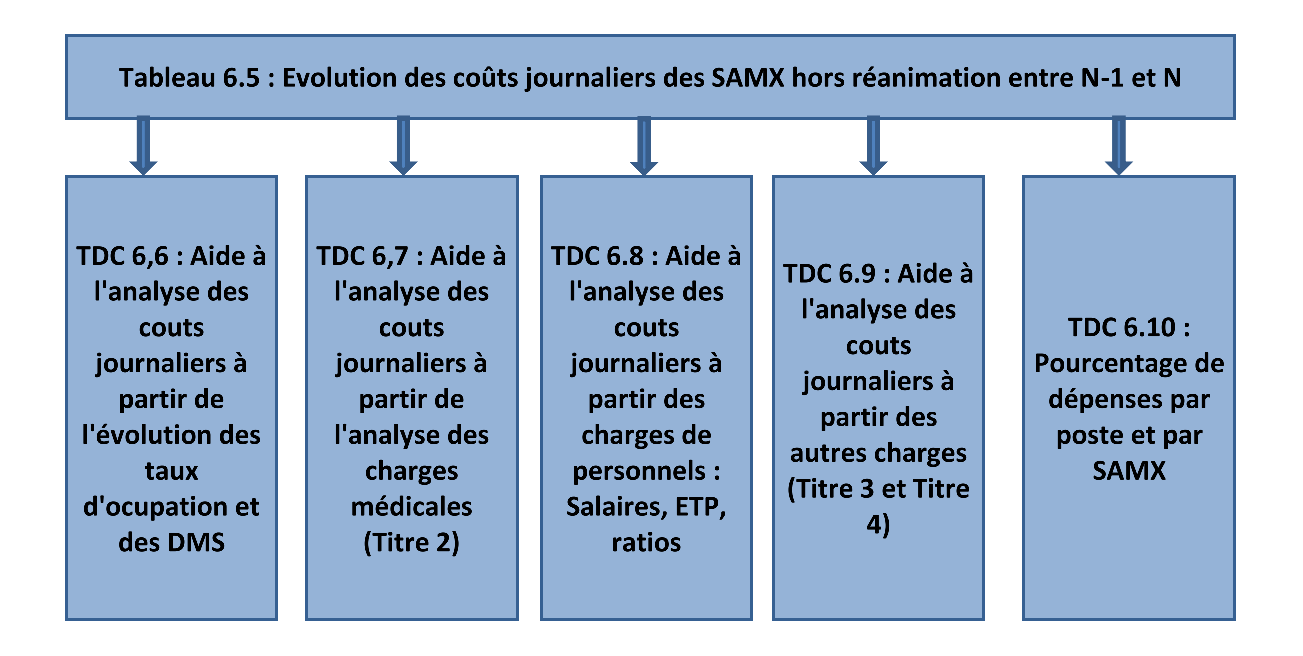


Tableau 6.1 : Evolution de l'activité des SAMX entre N-1 et N

Partie 1 /2

SA	Libellé officiel	Libellé saisi	Nb de journées en N-1	Nb de journées en N **A**	% d'évolution	Nb d'entrées N-1	Nb d'entrées N **B**	% d'évolution	Nb de lits N-1	Nb de lits N **C**	% d'évolution	Nb de journées-lits d'ouverture N-1	Nb de journée s-lits d'ouvert ure N D	% d'évolution

Partie 2/2

SAMX	**Libellé officiel**	**Libellé saisi**	**Nb d'UO N-1**	**Nb d'UO N**	**% d'évolution**	**Nature d'UO saisie N-1**	**Nature d'UO saisie N**	**Nature d'UO attendue**

Objectif :
Analyser les évolutions de l'activité par SA entre N-1 et N.

Source :
Toutes les informations contenues dans ce tableau sont issues des données administratives d'ARCAnH N et N-1.
Toutes les informations proviennent du fichier MX_VALO de l'année N et N-1.
Les données de l'onglet « données administratives » sont saisies par l'établissement lors du paramétrage d'ARCAnH.

Points focus :
Il s'agit ici de vérifier :
- la cohérence entre le libellé officiel et le libellé saisi,
- les évolutions entre N-1 et N de l'activité.

L'activité se caractérise par le nombre de journées, le nombre d'entrées ainsi que le nombre de lits.
Les évolutions importantes (positives ou négatives) en activité doivent être justifiées par l'établissement.

Pour les natures d'UO attendues, on s'attend à avoir :
Dialyse, radiothérapie, Chirurgie ambulatoire : ICR
Réanimation : Omégas

Si l'établissement est nouveau, les colonnes N-1 n'apparaissent pas.

Tableau 6.2 : Exhaustivité de l'activité en journées et en UO séjours/administratives par SAMX

Partie 1/2

SA MX	Libellé saisi	Nb de j. adminis-tratives hors RUM à 0j en HC **A**	Nombre de RUM à 0 j en HC : **B**	**Nombre de journées administratives totales : C = A+ B**	Nombre de journées des séjours >= 1 jour hors RUM à 0j : **D**	Nombre de passages en RUM à 0 j en HC : **E**	Nb de passages dans des séjours de moins de 24 h (hors CMD 28) **F**	Nb de séances (CMD 28) **G**	**Nombre de journées PMSI (calcul intermédiaire) H = D + F + G**	**Nb de j. PMSI totales I = D+ E + F + G**	Ecart en nombre **J = C - H**	Ecart (%) **K = J / C**	Nb de j utilisées pour la valorisation **L**

Partie 2/2

SAMX	Libellé saisi	Nature de l'UO	Nb d'UO admin. L	Nb d'UO séjour M	Ecart en nombre N = L - M	Ecart % O = N / L	Nombre d'UO des GHM erreurs
TOTAL							

Objectif :
Analyser l'exhaustivité de l'activité en journées, par SAMX par confrontation de 2 sources de données : les journées administratives et les journées PMSI et analyser l'évolution des journées et des UO médico-techniques (si les natures d'UO sont comparables).

Pour la partie ½

Source :

	Libellé	**Outils - Définition**	**ligne**
Colonnes A à C = Journées administratives déclarées dans ARCANH			
A	Nb de j. administratives hors RUM à 0 j en HC	ARCAnH, Données administratives	
B	Nb de RUM à 0 j en HC	ARCAnH, Données administratives Ce calcul doit être réalisé en comptant les passages de 0 pour les séjours d'une journée et plus, sur la base des RUM dans le PMSI ou des passages dans les SA dans le fichier 2 d'ARAMIS (pour ceux qui l'ont importé).	
C	Nb de j. administratives totales		= A + B + C
Colonnes D à H = Journées PMSI calculé à partir du fichier RSA			
D	Nombre de journées des séjours >= 1 jour hors	Sélection des séjours dont Date de sortie – Date d'entrée >= 1	

	RUM à 0 j en HC	Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de journées (date de sortie – date d'entrée) : Cas 1 : date de sortie – date d'entrée de l'UM >=1 => correspond à la colonne D Cas 2 :date de sortie – date d'entrée = 0 => corresond à un passage à mettre dans la colonne E	
E	Nombre de RUM à 0 j en HC		
F	Nombre de passages dans les séjours de moins de 24 h (hors CMD 28)	Sélection des séjours dont Date de sortie – Date d'entrée = 0 hors CMD 28 Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de passages dans la journée	
G	Nombre de séances (CMD 28)	Sélection des séjours en CMD 28 Pour ces séjours, pour chaque UM, on compte le nombre de séances : 2 possibilités : 1 séjour = 1 séance 1 séjour = n séances	
H	Nombre de journées PMSI intermédiaires		= D + F + G
I	Nombre de journées PMSI totales		= D + E + F + G
J	Ecart en nombre		=C - H
K	Ecart (%)		= I / C
L	Nombre de journées utilisées pour la valorisation	Nombre de journées PMSI retraitées afin de répartir les charges au séjour dans la base de coût. Colonne E : Les RUM de 0 jour en HC sont comptés dans la base de coût à 0.5. La colonne F est retraitée car les passages dans des séjours de moins de 24 h sont comptabilisés ainsi : Nombre de journée par passage dans une SAMX = 1 / Nombre de passages dans le séjour.	= D + E*0.5 + F (retraitée) + G

Attention : il ne s'agit pas des journées utilisées pour la valorisation notamment concernant la LGG.

NB sur les décès : Il n'y a pas de particularités concernant les décès. La règle PMSI est la suivante :
Cas 1 : le patient décède le jour de son arrivée : cela correspond à 1 séjour de moins de 24 heures – hors séances : Compter 1 passage
Cas 2 : le patient décède au cours du séjour : cela correspond à 1 séjour >= 1 jour : Date de sortie – Date d'entrée

Point Focus :

Les journées administratives concernent la période du 01/01/N au 31/12/N
Les journées PMSI concernent les séjours clos dans l'année N.

Modulo le décalage calendaire,
- la colonne B doit être équivalente à la colonne E
- la colonne A doit être équivalente à la somme des colonnes D, F et G (soit la colonne intermédiaire H)

L'exhaustivité :
L'écart en % entre le Nombre de journées administratives et le nombre de journées PMSI ne doit pas dépasser 5% pour chacune des SA. Dans le cas contraire, cela signifie qu'il y a soit une correction à faire, soit une justification à donner au superviseur.

Pour la partie 2/2

Source :
4ème Colonne : UO déclarées dans ARCANH pour chaque SAMX
5ème Colonne : UO suivies au séjour dans ARAMIS
6ème Colonne : 4ème colonne – 5ème colonne
7ème colonne : 6ème colonne / 4ème colonne

Point Focus :
Les UO administratives concernent la période du 01/01/N au 31/12/N
Les UO suivies au séjour concernent les séjours clos dans l'année N.

L'exhaustivité :
L'écart en % entre le Nombre d'UO administratives et le nombre d'UO au séjour ne doit pas dépasser 5% pour chacune des SA. Dans le cas contraire, cela signifie qu'il y a soit une correction à faire, soit une justification à donner au superviseur.

Concernant les omégas, il est indiqué dans la charte qualité que l'écart entre le nombre d'omégas déclaré aux séjours dans ARAMIS et le nombre d'omégas calculés par l'ATIH à partir des informations contenues dans le PMSI ne doit pas dépassé 10%. Ce taux se trouve dans le TDC 2.6.

Tableau 6.3 : Traduction en euros de l'exhaustivité des données par SAMX

N° SA	Libellé saisi	Montant des charges résiduelles + LM* (A)	Dépenses ventilées sur la base de coût (B)	Ecart en euros (C) = (B) – (A)	Part non ventilée ou sur-ventilée sur les RSA (%)
SAMX x		**1 000 000**	**800 000**	**-200 000**	-16.6 % (C) / (D)
SAMX y		**200 000**	**220 000**	**20 000**	
TOTAL		**1 200 000 (D)**			

Objectif :
Analyser l'impact en montant des charges des défauts d'exhaustivité des UO par SAMX.

Source :
3ème colonne : A : informations issues de la phase VI + phase VII clés LM par SA
4ème colonne : B : *explication pour les SA de réanimation* : [(Montant des charges résiduelles des postes de charges PS, PM et PDS) * % d'écart en nombre d'UO) + (Montant des charges résiduelles des autres postes de charges + LM) * % d'écart en nombre de journées)]
L'écart en nombre de journées = colonne L / (colonne A + colonne B * 0.5) du tableau 6.2
explication pour les autres SAMX (hors réanimation) : 3ème colonne * % d'écart en nombre d'UO
5ème colonne : B - A.
6ème colonne : voir calcul dans le tableau

Point Focus :
L'établissement devra justifier tout écart important.

Tableau 6.4 : Evolution des charges et coûts par SA de Réanimation

SA de réanimation	Libellé saisi	UO	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N-1	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N	% d'évolution	Total DMI et Spé. pharma. FES N-1	Total DMI et Spé. pharma. FES N	% d'évolution	Ctj établ. N-1	Ctj établ. N	% d'évolution	Ctj indicatif ENC N-1	Ct Omega établ. N-1	Ct Omega établ N	% d'évolution	Ct oméga indicatif ENC N-1

Voir définition p6

Objectif :
Repérer les évolutions importantes des charges nettes + LM par SA de Réanimation (hors DMI et SP FES) et analyser l'évolution des coûts journaliers pour ces SA.

Point Focus :
Ce tableau permet d'analyser l'évolution des charges et du coût journalier de l'établissement entre N-1 et N et de les comparer avec le coût indicatif de l'ENC N-1.
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés et expliqués par l'établissement (un séjour en particulier, décalage calendaire, une pratique médicale changeante, modification de l'affectation des charges …).
La pertinence du coût journalier de l'établissement doit être étudiée à l'aide de la valeur N-1 et du coût indicatif ENC N-1.

A noter que :

1) les charges de DMI et Spécialités pharmaceutiques Facturables en Sus (SP FES) ont été isolées des autres charges de la SAC car elles pouvaient masquer des évolutions d'autres types de charge. Ces charges de DMI et SP FES sont les charges totales affectées sur les SA avant la déduction de la phase VI. Elles comprennent la partie suivie au séjour et celle qui ne l'est pas.
2) dans le coût journalier, il n'y a pas les DMI et SP FES (il y a donc les charges à caractère médicale non facturable en sus).
3) le coût journalier comprend les journées des nouveaux nés (sans les décès).
4) le coût journalier de l'établissement n'est pas celui calculé pour la valorisation des séjours car il intègre la totalité des charges à caractère médical (et non les charges résiduelles), les charges de personnel soignant et médical (alors que ces charges sont ventilées à l'oméga) et qu'il écarte les charges médicales de DMI FES et SP FES.
5) le coût de l'oméga est bien celui utilisé pour la valorisation.

Tableau 6.5 : Evolution des charges et coût des UO des SAMX hors réanimation

SAMX hors réanimation	Libellé saisi	UO	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N-1	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N	% d'évol.	Total DMI et Spé. pharma. FES N-1	Total DMI et Spé. pharma. FES N-1	% d'évol.	Ct UO établ. N-1	Ct UO établ. N	% d'évol.	Coût indicatif ENC N-1	% écart ct établ/ct indicatif.	Q1 N-1	Q3 N-1	Borne haute N-1

**Voir définition p6*

<u>Objectif</u> :
Repérer les évolutions importantes des charges nettes + LM par SA de Réanimation (hors DMI et SP FES) et analyser l'évolution des coûts journaliers pour ces SA.

<u>Point Focus :</u>
Ce tableau permet d'analyser l'évolution des charges et du coût journalier de l'établissement entre N-1 et N et de les comparer avec le coût indicatif de l'ENC N-1.
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés et expliqués par l'établissement (un séjour en particulier, décalage calendaire, une pratique médicale changeante, modification de l'affectation des charges …).
La pertinence du coût journalier de l'établissement doit être étudiée à l'aide de la valeur N-1 et du coût indicatif ENC N-1.

A noter que :

1) les charges de DMI FES et SP FES ont été isolées des autres charges de la SAC car elles pouvaient masquer des évolutions d'autres types de charge. Ces charges de DMI et SP FES sont les charges totales affectées sur les SA <u>avant la déduction de la phase VI</u>. Elles comprennent la partie suivie au séjour et celle qui ne l'est pas.

2) le coût de l'ICR n'est pas celui utilisé pour la valorisation car il intègre la totalité des charges à caractère médical (et non les charges résiduelles) et qu'il écarte les charges médicales de DMI FES et SP FES.

Tableau 6.6 : Aide à l’analyse des couts d’UO à partir de l’évolution des taux d’occupation et des DMS

SA	Libellé Saisi	Rappel de l’évolution du cout de l’UO entre N-1 et N	Taux d'occupation N-1	Taux d'occupation N =A/D	% d’évolution	DMS N-1	DMS N	% d’évolution

Objectif :
Analyser l’activité par SAMX entre N-1 et N.

Source :
Le taux d’occupation est calculé de la manière suivante :

$$\text{taux occupation} = \frac{\text{Nb de journées réalisées}}{\text{Nb de ' journées - lits' d'ouverture}}$$

Les données sur le nombre de journées et le nombre de journées-lits d’ouverture se trouvent dans le TDC 6.1

La DMS correspond à la durée moyenne des passages par SA.

Points focus :
Ce tableau présente le taux d’occupation et la DMS, pour les années N-1 et N.

Les évolutions importantes (positives ou négatives) doivent être justifiées par l’établissement.

Tableau 6.7 : Aide à l'analyse des couts d'UO à partir de l'analyse des charges médicales

Partie 1 : Année N

SAMX	Libellé Saisi	Part du titre 2 dans les charges totales des SAMX (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP ATU et autres CM dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP ATU et autres CM (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2

Partie 1 : Année N-1

SAMX	Libellé Saisi	Part du titre 2 dans les charges totales des SAMX (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCAN H	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCAN H	Poids des SP ATU et autres CM dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP ATU et autres CM (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2

Objectif :
Analyser les taux de suivi au séjour par SA.
Quand les charges à caractères médicales représentent une part importante du cout de la SA, il est important que ces charges soient suivies au maximum au séjour.

Source :

Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre

Colonnes « Poids du poste de charge x dans la part de Titre 2 » : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte – Poste de charges / Somme des comptes du Titre ; exprimé en % ; la somme des postes de charges doit être égal à 100
Colonnes « Ratio des suivis du poste de charge x : informations issues de la Phase VI ARCANH : pour chaque poste de charge Charges directes suivies au séjour de ARCANH / charges nettes

Points focus :
Si le tableau 1.10 présente des anomalies, ce tableau n'est pas analysable.

Tableau 6.8 : Salaires, ETP, Ratio

Partie 1/2

SA	Libellé saisi	Part du titre 1 dans les charges totales des SAC N-1 (en%)	Part du titre 1 dans les charges totales des SAC N (en%)	Evolution	Montant des charges brutes* de PS**	Montant des charges brutes* de PA**	Montant des charges brutes* de PM**	ETP Soig.	ETP Aut.	ETP Méd.	Ratio sal./ETP Soig.	Ratio sal./ETP Aut.	Ratio sal./ETP Méd	ETP Soig. N-1	ETP Aut. N-1	ETP Méd. N-1

**Voir définition p6*
***A noter que les PA, PM et PS sont hors honoraires et charges d'intérimaires. Le personnel médical inclus la* Permanence des soins (comptes 6425 et 6452).

Partie 2/2

SA	Libellé saisi	Nb J/ETP Soig.	Nb J/ETP Aut.	Nb J/ETP Méd.	Nb J/ETP Soig. N-1	Nb J/ETP Aut. N-1	Nb J/ETP Méd. N-1

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges de personnel, par type de personnel.

Source :

Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre
Autres colonnes : Toutes les informations de ce tableau sont issues des données administratives pour les ETP et de la phase III hors MIG pour les montants de personnel d'ARCAnH N et N-1.

Périmètre des comptes de charge pour le calcul du ratio pour chacun des types de personnel :

Code du poste de charge	Comptes de charges
PA / PS / PM	631
PA / PS / PM	633
PA / PS	641
PM	642 sauf 6425
PA / PS	645
PM	645PM sauf 6452PDS
PA / PS	6471PX sauf 64715
PM	6472PM sauf 64725
PA	648
PM	642 sauf 6425
PM	6425

A noter que dans le calcul du ratio salaire/ETP, on retire les comptes 6215+6216+6218 (autre personnel extérieur à l'établissement), ainsi que le compte 6223 (médecins consultants exceptionnels) pour le personnel médical et le compte 6283 (nettoyage à l'extérieur) pour le personnel autre.
De même, les honoraires et les charges d'intérim sont exclus du calcul.
En effet, ces salaires ne sont pas associés à des ETP, et viendraient donc fausser le calcul du ratio.

A noter que comme on prend pour le calcul du ratio les ETP rémunérés, on prend de la même façon les charges brutes qui correspondent à la rémunération effective du personnel.

Point Focus :

Le tableau présente le montant des salaires par type de personnel, le nombre d'ETP tel que déclaré dans ARCAnH (années N-1 et N), la valorisation de ces ETP.
Il s'agit d'analyser les variations de ces éléments et lorsque c'est possible de comparer avec N-1. Les écarts important doivent être justifiés ou bien modifiés si besoin.

Tableau 6.9 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir des charges à caractère hotelier (Titre 3) et des charges d'amortissements, financières et exceptionnelles (Titre 4)

SA	Libellé Saisi	Titre3 (%) N-1	Titre3 (%) N	% evolution	Titre4 (%) N-1	Titre4 (%) N	% evolution

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, pour les titre 3 et titre 4 (en référence au plan comptable hospitalier).

Point Focus :
Les fortes évolutions entre N-1 et N doivent être justifiées par l'établissement.

Tableau 6.10 : Pourcentage de dépenses par poste et par SAMX

Partie ½

SAMX	Libellé saisi	Sal. soignants	Sal. Autres	Sal. médicaux	Amortis sement	Entretien	Pharmacie	Stérilisation	Génie Bio	Hygiène	Autre LM	Hono	PDS	Rémun
												*		*

Partie 2/2

SAMX	Libellé Saisi	Spé pharma en sus	Spé pharma	Médic sous ATU	Sang	DMI en sus	DMI	Autres conso	STM Imagerie	STM Labo	STM Labohn	STM Hospit	STM autres	ST SMUR
									*	*	*		*	

* *ne concerne que les établissements ex-DG*

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, par poste de charges.

Point Focus :
Les ratios atypiques doivent être justifiés auprès du superviseur.

Tableaux 7 : Dépenses totales, exhaustivité et coût des UO pour les SAMT

Résumé des TDC 7 :

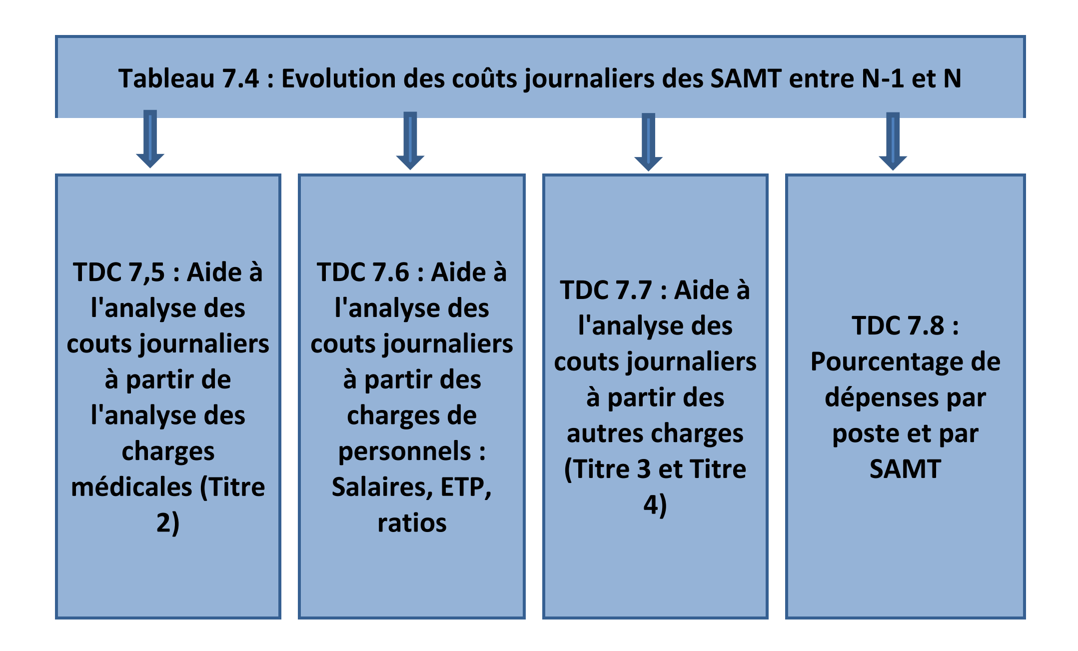


Tableau 7.1 : Evolution de l'activité des SAMT entre N-1 et N

SAMT	Libellé officiel	Libellé saisi	Nature d'UO saisie N-1	Nature d'UO saisie N	Nature d'UO attendue	Nb des UO en N-1	Nb des UO en N	% d'évolution

Objectif :
Analyser les évolutions de l'activité par SAMT entre N-1 et N.
Analyser la nature de l'UO saisie par SAMT entre N-1 et N.

Source :
Toutes les informations contenues dans ce tableau sont issues des données administratives d'ARCAnH N et N-1.
Les données de l'onglet « données administratives » sont saisies par l'établissement lors du paramétrage d'ARCAnH.

Point Focus :
Les évolutions importantes (positives ou négatives) en activité doivent être justifiées par l'établissement.
De plus, les libellés saisis doivent être cohérents avec la numérotation de la SA.

S'assurer que l'établissement utilise bien les UO préconisées dans le guide ENC et sensibiliser au changement si nécessaire.
Si les clés préconisées par le guide ne sont pas utilisées, il faut s'assurer que les clés utilisées restent pertinentes.

Tableau 7.2 : Nombre d'UO par type de bénéficiaire

N° SAMT	Libellé saisi	Nb d'UO produites	Nb UO Hospit. MCO	% Hospit. MCO	Nb UO consult MCO	% consult MCO	Nb UO MIG	% MIG	Nb UO SSR	% SSR	Nb UO PSY	% PSY	Nb UO HAD	% HAD

Nb UO BA	% BA	Nb UO Hospit autre étab	% Hospit autre étab	Nb UO autres bénéficiaires	% autres bénéficiaires

Objectif :
Analyser la cohérence du nombre d'UO par type de bénéficiaire.

Source :
Toutes les informations contenues dans ce tableau sont issues des données administratives d'ARCAnH N et N-1.
Les données de l'onglet « données administratives » sont saisies par l'établissement lors du paramétrage d'ARCAnH.

Point Focus :

Libellés des bénéficiaires :

Nb d'UO produites : total des UO produites
Hospit MCO : séjours d'hospitalisation MCO
consult MCO : consultations et soins externes MCO
MIG : MIG MCO (hors MERRI fixes)
SSR : SSR
PSY : psychiatrie
HAD : HAD
BA : budgets annexes
Hospit autre étab : patients hospitalisés dans un autre établissement
autres : autres bénéficiaires (personnel hospitalier…)

A noter que si l'établissement a déclaré des charges en phase III pour l'une ou plusieurs de ces activités, on s'attend à un recueil d'UO. Inversement, si des UO sont déclarés pour une ou plusieurs de ces activités, on s'attend à ce qu'il y est des charges déclarées en phase III d'ARCAnH.

Tableau 7.3 : Exhaustivité de l'hospit. MCO et traduction en euros par SAMT

N° SAMT	Libellé saisi	Nature de l'UO	% Hospit MCO	Nb d'UO admin. L	Nb d'UO séjour M	Ecart N = L - M	Ecart % O = N / L	Montant des charges résiduelles + LM (A)	Dépenses ventilées sur la base de coût (B)	Ecart en euros (C) = (B) – (A)	Part non ventilée ou sur-ventilée sur les RSA (%)	Nb d'UO des GHM erreurs
SAMT x								**1 000 000**	**800 000**	**-200 000**	-16.6 % (C) / (D)	
SAMT y								**200 000**	**220 000**	**20 000**		
TOTAL								**1 200 000 (D)**				

Objectif :
Analyser l'exhaustivité de l'activité en UO médico-techniques recueillie au séjour.

Source :
5ème Colonne : Nature de l'UO déclarées dans ARCANH pour chaque SAMT
6ème Colonne : UO suivies au séjour dans ARAMIS
7ème Colonne : 4ème colonne – 5ème colonne
8ème colonne : 6ème colonne / 4ème colonne
9ème colonne : A : (Phase VI + phase VII clés LM par SA)*nombre d'UO MCO déclarées dans ARCANH / nombre d'UO totales
10ème colonne : B : 4ème colonne * % d'écart en nombre d'UO
11ème colonne : B - A.
12ème colonne : voir calcul dans le tableau

Point Focus :
Les UO administratives concernent la période du 01/01/N au 31/12/N
Les UO suivies au séjour concernent les séjours clos dans l'année N.

L'exhaustivité :
L'écart en % entre le Nombre d'UO administratives et le nombre d'UO au séjour ne doit pas dépasser 5% pour chacune des SA. Dans le cas contraire, cela signifie qu'il y a soit une correction à faire, soit une justification à donner au superviseur.

Tableau 7.4 : Evolution des charges et des coûts d'UO des SAMT entre N-1 et N

SAMT	Libellé saisi	Nature d'UO saisie	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N-1	Total Charges nettes + LM* (hors DMI et Spé. pharma. FES) N	% d'évolution	Total DMI et Spé. pharma. FES N-1	Total DMI et Spé. pharma. FES N	% d'évolution	Ct d'UO établ. N-1	Ct d'UO établ. N	% d'évolution	Coût UO indicatif ENC N-1	% écart ct établ/ct indicatif.	Q1 N-1	Q3 N-1	Borne haute N-1

*Voir page 6

<u>Objectif</u> :
Repérer les évolutions importantes des charges nettes + LM par SAMT (hors DMI FES et SP FES) et analyser l'évolution des coûts d'UO pour ces SAMT.

<u>Point Focus :</u>
Ce tableau permet d'analyser l'évolution des charges et du coût d'UO entre N-1 et N et de les comparer avec le coût indicatif de l'ENC N-1.
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés et expliqués par l'établissement (un séjour en particulier, décalage calendaire, une pratique médicale changeante, modification de l'affectation des charges …).
La pertinence du coût d'UO doit être étudiée à l'aide de la valeur N-1 et du coût indicatif ENC N-1.

A noter que :

1) les charges de DMI FES et SP FES ont été isolées des autres charges de la SAMT car elles pouvaient masquer des évolutions d'autres types de charge. Ces charges de DMI et SP FES sont les charges totales affectées sur les SA <u>avant la déduction de la phase VI</u>. Elles comprennent la partie suivie au séjour et celle qui ne l'est pas.
2) dans le coût d'UO, il n'y a pas les <u>DMI FES et SP FES</u> (il y a donc les charges à caractère médicale non facturable en sus).
3) le coût d'UO de l'établissement n'est pas celui calculé pour la valorisation des séjours car il intègre la totalité des charges à caractère médical (et non les charges résiduelles) et qu'il écarte les charges médicales de DMI FES et SP FES.

Tableau 7.5 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir de l'analyse des charges médicales

Partie 1 : Année N

SA	Libellé Saisi	Part du titre 2 dans les charges totales des SAMT (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des Autres charges (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Partie 1 : Année N-1

SA	Libellé Saisi	Part du titre 2 dans les charges totales des SAC (en %) en N	Poids des DMI T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des DMI non T2A dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des DMI non T2A (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des SP non FES dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des SP non FES (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Poids des PSL dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des PSL (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Sous-traitance dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des sous traitance (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH	Poids des Autres charges dans la part de Titre 2	Ratio de suivi des Autres charges (charges déduites / charges nettes) dans ARCANH

Objectif :
Analyser les taux de suivi au séjour par SA.
Quand les charges à caractères médicales représentent une part importante du cout de la SA, il est important que ces charges soient suivies au maximum au séjour.

Source :

Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre
Colonnes « Poids du poste de charge x dans la part de Titre 2 » : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte – Poste de charges / Somme des comptes du Titre ; exprimé en % ; la somme des postes de charges doit être égal à 100
Colonnes « Ratio des suivis du poste de charge x : informations issues de la Phase VI ARCANH : pour chaque poste de charge Charges directes suivies au séjour de ARCANH / charges nettes

Points focus :
Si le tableau 1.10 présente des anomalies, ce tableau n'est pas analysable.

Tableau 7.6 : Salaires, ETP, Ratio

SA	Libellé saisi	Part du titre 1 dans les charges totales des SAMT N-1 (en%)	Part du titre 1 dans les charges totales des SAMT N (en%)	Evolution	Montant des charges brutes* de PS**	Montant des charges brutes* de PA**	Montant des charges brutes* de PM**	ETP Soig.	ETP Aut.	ETP Méd.	Ratio sal./ETP Soig.	Ratio sal./ETP Aut.	Ratio sal./ETP Méd	ETP Soig. N-1	ETP Aut. N-1	ETP Méd. N-1

**Voir définition p6*
***A noter que les PA, PM et PS sont hors honoraires et charges d'intérimaires. Le personnel médical inclus la Permanence des soins (comptes 6425 et 6452).*

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges de personnel, par type de personnel.

Source :
Colonnes 4 et 5 : les informations sont issues de la phase III hors MIG d'ARCAnH N et N-1 en faisant la correspondance Compte - Titre
Autres colonnes : Toutes les informations de ce tableau sont issues des données administratives pour les ETP et de la phase III hors MIG pour les montants de personnel d'ARCAnH N et N-1.

Périmètre des comptes de charge pour le calcul du ratio pour chacun des types de personnel :

Code du poste de charge	Comptes de charges
PA / PS / PM	631
PA / PS / PM	633
PA / PS	641
PM	642 sauf 6425
PA / PS	645
PM	645PM sauf 6452PDS
PA / PS	6471PX sauf 64715
PM	6472PM sauf 64725
PA	648
PM	642 sauf 6425
PM	6425

A noter que dans le calcul du ratio salaire/ETP, on retire les comptes 6215+6216+6218 (autre personnel extérieur à l'établissement), ainsi que le compte 6223 (médecins consultants exceptionnels) pour le personnel médical et le compte 6283 (nettoyage à l'extérieur) pour le personnel autre.
De même, les honoraires et les charges d'intérim sont exclus du calcul.
En effet, ces salaires ne sont pas associés à des ETP, et viendraient donc fausser le calcul du ratio.

A noter que comme on prend pour le calcul du ratio les ETP rémunérés, on prend de la même façon les charges brutes qui correspondent à la rémunération effective du personnel.

<u>Point Focus :</u>
Le tableau présente le montant des salaires par type de personnel, le nombre d'ETP tel que déclaré dans ARCAnH (années N-1 et N), la valorisation de ces ETP.
Il s'agit d'analyser les variations de ces éléments et lorsque c'est possible de comparer avec N-1. Les écarts important doivent être justifiés ou bien modifiés si besoin.

Tableau 7.7 : Aide à l'analyse des couts journaliers à partir des charges à caractère hôtelier (Titre 3) et des charges d'amortissements, financières et exceptionnelles (Titre 4)

SA	Libellé Saisi	Titre3 (%) N-1	Titre3 (%) N	% évolution	Titre4 (%) N-1	Titre4 (%) N	% évolution

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, pour les titre 3 et titre 4 (en référence au plan comptable hospitalier).

Point Focus :
Les fortes évolutions entre N-1 et N doivent être justifiées par l'établissement.

Tableau 7.8 : Pourcentage de dépenses par poste et par SAMT

Partie 1/ 2

SAMT	Libellé saisi	Sal. soignants	Sal. Autres	Sal. médicaux	Amortissement	Entretien	Pharmacie	Stérilisation	Génie Bio	Hygiène	Autre LM

Partie 2/ 2

SAMT	Libellé Saisi	Spé pharma en sus	Spé pharma	Médic sous ATU	Sang	DMI en sus	DMI	Autres conso	STM Imagerie	STM Labo	STM Labo hn	STM Hospit	STM autres	ST SMUR
									*	*	*		*	

* ne concerne que les établissements ex-DG

Objectif :
Analyser la cohérence de la ventilation des charges, par poste de charges.

Point Focus :
Les ratios atypiques doivent être justifiés.

Tableaux 8 : Coût des UO des sections de LGG et de structure

Tableau 8.1 : Evolution des coûts des sections de Restauration, blanchisserie, accueil et gestion des malades et DIM – Hospit. MCO

Section de LGG	Dépense MCO	Dépense à affecter aux séjours	Nombre de jours calculés	Coût /jour N -1 (A)	Coût /jour N (B)	% évolution (B)-(A)/(A)	Cout/jour moyen indicatif N-1 (C)	% D'écart avec coût/jour moyen (B)-(C)/(C)	Q1 du coût moyen indicatif N-1	Médiane du coût moyen indicatif N-1	Q3 du coût moyen indicatif N-1	Ecart du coût moyen indicatif N-1

Objectif :
Analyser les coûts par jour des sections de LGG.

Point Focus :
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés.
A noter que la colonne « Dépense MCO » correspond aux montants bruts ARCAnH-Phase VII.

Pour ce TDC, les modalités de calcul sont indiquées dans le guide méthodologique de l'ENC MCO (présent sur le site de l'ATIH) page 66 à 68.

Par exemple, pour le nombre de jours de la section « restauration », il faut distinguer l'HC de l'ambulatoire. Concernant l'ambulatoire, il faut également connaître le nombre de jours de l'ambulatoire :

- de la CMD15,
- hors CMD15,
- et les différentes séances de la CMD 28.

Les coefficients à appliquer sont différents.

Détail du calcul :

Libellé	Outils : ARCAnH	ligne
Dépense MCO	Phase VII log par champ	Montant imputé à « l'Hospit. MCO »

Tableau 8.2 : Evolution des coûts autres sections de LGG et structure

Comme les SAMT produisent des actes pour d'autres champs que l'hospitalisation MCO, il faut diminuer les enveloppes de LGG d'une part d'activité non dédiée à l'hospitalisation MCO. Ce taux d'abattement n'est appliqué que sur les sections de LGG dont les clés de ventilations sont impactées par les SAMT.

La formule du taux d'abattement des sections de LGG (en %) = (A)

Il est égal à :

$$1-\left(\frac{\text{env_mco_sac}+\text{env_mco_mt}+env_mco_samxt}{\text{env_mco_sac}+\text{env_samt_tot}+\text{env_}mco\text{_samxt}}\right)$$

Avec :
Env_mco_sac = Montant de charges nettes + LM de toutes les SAC (phase IV)
Env_mco_samx = Montant de charges nettes + LM de toutes les SAMX (phase IV)
Env_samt_tot = Montant de charges nettes + LM de toutes les SAMT (phase IV)
Env_mco_mt = Somme [(Montant de charges nettes + LM par SAMT (phase IV)) x (nombre d'UO MCO de la SAMT / Nombre d'UO totales de la SAMT)]

Autres sections de LGG et Structure	**Dépenses MCO (B)**	**Dépenses MCO hors SAMT B x (1-A/100)**	**Dépenses à affecter aux séjours (D)**	**Part env. HC en % (E)**	**Nb de j autre LGG et struct HC (F)**	**Coût/J autre LGG et struc HC (D*E)/F**	**Coût/J autre LGG et struc HC N-1**	**Coût/Euro autre LGG et struct ambu**
		*						

Coût moyen indicatif N-1 (C)	**% d'écart avec coût moyen (B)-(C)/(C)**	**Q1 du coût moyen indic. N-1**	**Médiane du coût moyen indic. N-1**	**Q3 du coût moyen indic. N-1**	**Ecart du coût moyen indic. N-1**
	*				

Objectif :
Analyser les coûts par jour des sections de LGG.

Point Focus :
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés auprès du superviseur.

Détail du calcul :

Libellé	Outils : ARCAnH	ligne
Dépense MCO	Phase VII log par champ	Montant imputé à « l'Hospit. MCO »
charges nettes + LM	Phase IV	Ligne 104

Tableau 8.3 : Détail du calcul des clés de ventilation au séjour des sections de LGG/STR

Type de séjours/séances	Nb de journées calculées restauration	Nb de journées calculées Blanchisserie	Nb de journées calculées Accueil et gestion des malades	Nb de journées calculées DIM	NB de journées calculées autres LGG/STR
…					
Total					

Objectif :
Analyser le nombre de journées recalculé permettant le déversement des coûts de LGG et de structure sur les séjours d'hospitalisation.

Point Focus :
Ce tableau est mis à disposition des établissements afin de les aider à la compréhension des résultats de l'ENC et ainsi de pouvoir les comparer avec leurs propres calculs.
Il s'agit d'une étape intermédiaire au calcul du coût par séjour.

Pour l'écart entre le RSA « calculé » dans le TDC 8.3 et le RSA du PMSI, il s'explique par le biais du tableau en page 66 du guide méthodo ENC.

En effet, la clé de ventilation pour **DIM** est le RSA sauf pour toutes les séances (et pas seulement le caisson hyperbare) où on compte 1 ou 1/ni.
Pour **l'accueil et gestion des malades**, la clé de ventilation est le RSA sauf pour les séances où on utilise 1 ou 1/ni (sauf la préparation à la radiothérapie =0).

Pour rappel, pour les séances, soit on compte 1 par RSA séance lorsque le nombre de séances >1 soit on compte 1/ni lorsque le nombre de séances = 1 et ni = nombre moyen de séances base national.
Comme tous les RSA séances de cet établissement ont un nombre de séances à 1 alors on utilise toujours comme clé de ventilation 1/ni. Donc son total pour le DIM et accueil et gestion des malades n'est pas égal au nombre de RSA.

Tableau 8.4 : Coût des clés de ventilation des sections de LGG, STR et LM

Section de LGG/LM/STR	Nature de la clé de ventilation	Dépenses MCO	Nb de clés MCO déclarées en Phase VII	Coût/clé étab. 2012
…				

Objectif :
Analyser les coûts des clés de ventilation des sections de LGG, Structure et Logistique Médicale.

Point Focus :
Ce nouveau tableau permet à l'établissement d'analyse le coût de sa clé de ventilation, de mettre en évidence d'éventuels coûts atypiques et de faire des corrections si nécessaire.

Rubrique 4 : Valorisation des GHM et restitutions

Les « coûts échelle », présentés dans cette rubrique 4, ont été calculés à partir des données des établissements intégrés au titre de leur participation à l'ENC 2011 et proviennent des référentiels de coût.



Les colonnes qui concernent l'échantillon national (ex : DMS Nat) ou bien l'échantillon ENC de N-1 (ex : coût échelle ENC 2011) seront vides jusqu'à la publication au mois de juin 2013 du référentiel 2011.

Tableaux 9 : Coût des GHM

Tableau 9.1 : Coût moyen des GHM représentant 80% des charges (hors GHM séances)

Obs	GHM V11e	Libellé	Nb de séjours N-1	Nb de séjours N	Coût brut moyen N-1 (A)	Coût brut moyen N (B)	Coût échelle ENC N-1 (C)	Ecart etab (%) (B)-(A)/(A)	Ecart etab N /ENC N-1 (%)(B)-(C)/(C)	Coeff de variation 2011	Coeff de variation échelle ENC N-1

<u>Objectif</u> :
Analyser l'évolution des coûts des GHM au sein de l'établissement.

<u>Point Focus :</u>
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés.
Le coût brut moyen comprend les honoraires et la permanence des soins mais ne comprend pas les coûts de structure.

Tableau 9.2 : DMS des GHM représentant 80% des charges (hors GHM séances)

Obs	GHM V11e	Libellé	Nb de séjours N-1	Nb de séjours N	DMS NAT N-1	DMS N-1	DMS N	DMS REA NAT N-1	DMS REA N-1	DMS REA N

Objectif :
Analyser l'évolution des DMS au sein de l'établissement.

Point Focus :
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés.
La « DMS NAT » est la moyenne nationale des durées PMSI des séjours par GHM en fonction du statut des établissements (ex-DGF et ex-OQN).

Tableau 9.3 : Coût moyen des GHM de séances

GHM V11e	Libellé	Nb de séances N-1	Nb de séances N	Coût brut moyen N-1 (A)	Coût brut moyen N (B)	Coût échelle ENC N-1 (C)	Ecart etab (%) (B)-(A)/(A)	Ecart etab N /ENC N-1 (%)(B)-(C)/(C)	Coeff de variation N	Coeff de variation échelle ENC N - 1

Objectif :
Analyser les coûts moyens des GHM de séances.

Point Focus :
Les fortes variations d'une année sur l'autre et les coûts éloignés des coûts moyens doivent être justifiés.

Document.6 GHM observés par SA

Ce fichier à télécharger en « .CSV » indique dans quelles SAC / SAMX / SAMT sont passés les GHM. Le format du fichier est le suivant :

N°SA	Nombre de GHM concerné	GHM (nombre de séjour)
SA n°1	**20**	**05M13T (125), 20Z051 (117), 21M10T (112), 23M20T (91), 05K101 (60), …**
SA n°2	**100**	**23M20T (137), 01M08T (65), 01M07T (62), 14Z03T (44),…**
SA n°3	**70**	**17K041 (806), 08C271 (86), 01C041 (77),…**
…		

Le fichier est trié par numéro de SA et par nombre de séjours décroissant.

GHM (nombre de séjour) : Liste des GHM représentant 80% des séjours de la SA (seulement les 10 GHM les plus représentatifs sont affichés).

Rubrique 5 : Eléments complémentaires

Tableaux 10 : Tableaux exploratoires

Cette partie est vide pour le moment.

Document 7 : Restitution Excel : Ensemble des tableaux de contrôles

L'ensemble des tableaux de contrôles se trouve dans ce fichier au format EXCEL, permettant des retraitements des données par le superviseur et l'établissement, si besoin.
Chaque tableau de contrôle est dans un onglet.

Document 8 : Rapport d'atypies issu des fichiers ARAMIS

Cette partie reprend les rapports d'erreurs non bloquantes produits lors des contrôles sur les fichiers d'ARAMIS.

Document 9 : Rapport d'atypies liées aux durées de séjour issus d'ARAMIS

Cette partie concerne uniquement les établissements ayant importé le fichier 2 dans ARAMIS.

Dans cette partie se trouve le rapport issu d'ARAMIS sur le fichier 2 « Nombre de journées, séances au séjour par SA d'hébergement »